REVUE DES JOURNAUX

LA VIE MÉDICALE
(*Paris*)

Tome IV, n° 35, 5 Octobre 1923.

R. Azoulay. ***Rayons X et phénomènes de choc.*** — A. rapporte l'observation d'un malade radio-sensible chez qui, à la suite de plusieurs séances d'irradiations de Röntgen, on a pu mettre en évidence un choc humoral se traduisant : au point de vue clinique, par la dyspnée, l'angine légère et la chute de la pression artérielle; au point de vue sanguin, par la leucopénie, la diminution considérable du taux des polynucléaires et des lymphocytes, l'augmentation du nombre des mononucléaires. Enfin il a été noté des modifications du réflexe oculo-cardiaque. Ces troubles avaient un caractère d'apparition subite mais de courte durée.

L'auteur rappelle les observations analogues de R. Bernard et Joltrain, Foveau de Courmelles, Hirtz, Gausset et Villa, W. W. Duke.

Au point de vue pathogénique, il rapporte les curieuses expériences de M[lle] Giraud, Giraud et Pares; celles de Ch. Richet fils et Godlewski; celles de Cluzet et Hoffmann. Il pense que, pour expliquer ces faits, on peut admettre soit :

La théorie de la désintégration cellulaire sous l'influence des rayons, suivie du passage dans le sang de produits toxiques producteurs du choc ;

La théorie de l'action des rayons X sur les glandes vasculaires sanguines, eu particulier la thyroïde et la pituitaire ;

Enfin la théorie de l'action directe des radiations sur le grand sympathique. J. Dumont.

LE COURRIER MÉDICAL
(*Paris*)

Tome LXXIII, n° 39, 21 Octobre 1923.

P. Barbier. ***Les réflexes tussigènes dans la tuberculose pulmonaire.*** — Dans la tuberculose pulmonaire, le réflexe tussigène a le plus souvent pour point de départ une cause d'irritation locale de la muqueuse trachéo-bronchique (respiration de tabac, de fumées, séjour dans une pièce trop chaude, conversation trop prolongée, etc.), parfois de la muqueuse gastrique, ou encore une compression directe du nerf pneumogastrique par adénopathie trachéo-bronchique.

Pour calmer cette toux réflexe, le médecin devra à la fois combattre la cause d'irritation locale et l'excitabilité des centres nerveux qui président au réflexe. Le bromoforme, par ses propriétés anesthésiques et sédatives du système nerveux, représente ici le médicament vraiment spécifique; malheureusement son insolubilité oblige à le prescrire sous forme d'émulsions mal dosées, d'où dangers d'intoxication et en même temps action caustique et même corrosive sur la muqueuse gastrique.

La découverte d'un sel bromoformique nouveau, à l'état cristallisé, parfaitement stable et entièrement soluble, rigoureusement dosable et dépourvu de toute toxicité, a remis en honneur ce médicament si efficace. Sous le nom de *codoforme*, ce nouveau sel bromoformique a été avantageusement associé à la codéine rendue soluble par combinaison avec le benzoate de soude et qui a l'avantage appréciable de fluidifier les sécrétions bronchiques et, par suite, de faciliter l'expectoration. D'autre part, l'addition d'une faible dose de belladone, dont les propriétés antispasmodiques sont bien connues, complète très heureusement cette excellente association médicamenteuse.

On voit ainsi que celle-ci possède toutes les qualités pour réaliser l'antagoniste vraiment spécifique du réflexe tussigène dans la tuberculose pulmonaire, ce que confirment d'ailleurs les nombreuses observations recueillies par l'auteur et dont il publie quelques-unes dans son article. J. Dumont.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Tome IV, N° 89, 20 Septembre 1923

L. Gallavardin. ***Le mouvement circulaire de l'oreillette. Fibrillation auriculaire et arythmie complète ; flutter.*** — L'hyperexcitabilité de l'oreillette, qui est un trouble fréquent, a pour conséquence le développement d'une onde contractile qui parcourt les anneaux musculaires situés autour des veines caves sous forme d'un mouvement circulaire continu, se propage de là au tissu auriculaire, et remplace la contraction normale de l'oreillette.

La vitesse de l'onde circulaire varie entre 200 à 600 tours à la minute, donnant naissance, dans les taux inférieurs, au flutter, de connaissance récente et relativement rare, dans les taux supérieurs à la fibrillation auriculaire avec arythmie complète, d'observation journalière.

Une telle déviation de l'activité auriculaire apparaît à un âge plutôt avancé, parfois sur des cœurs en apparence sains, plus souvent sur des cœurs malades. D'abord paroxystique, l'arythmie complète, qui en est la forme la plus commune, a une tendance marquée à la permanence. Il est probable qu'elle aggrave dans une certaine mesure l'évolution des cardiopathies antérieures et provoque à la longue la dilatation hypertrophique des deux cavités ventriculaires.

L'onde contractile circulaire qui est à la base de ce trouble rythmique peut être bloquée par certaines susbtances médicamenteuses, notamment par la quinidine, et laisser brusquement réapparaître, au moins d'une façon transitoire, le rythme normal.

L. Rivet

A. Dumas. ***Tension artérielle et hémorragie cérébrale.*** — L'âge de l'hypertension, qui n'est pas toujours celui de la vieillesse, est aussi celui de l'hémorragie cérébrale. Pourtant l'hypertension ne commande pas à elle seule l'hémorragie ; l'encéphalite invoquée par Paviot et L. Nové-Josserand joue certainement un rôle important.

Si l'hypertension n'est pas seule à commander l'hémorragie cérébrale, il semble bien cependant que ce soit elle qui en règle l'intensité. Tous les cas observés par l'auteur d'inondation ventriculaire ou d'hémorragie considérable étaient sans exception relatifs à des hypertendus de plus de 20 cm de Hg. Ainsi l'état de la tension artérielle au moment de l'hémorragie commanderait le pronostic plutôt que le diagnostic de l'hémoragie ; une hypertension modérée, chez des sujets âgés, permettrait à la lésion de se réparer ou faciliterait pendant un temps plus ou moins long sa tolérance; une hypertension importante, surtout chez des sujets jeunes, provoquerait au contraire des dégâts irréparables : inondation ventriculaire, rupture cérébrale, suffusions méningées

Au cours même de l'ictus et pendant les jours qui suivent, la tension artérielle doit être interrogée soigneusement. Un gros abaissement tensionnel est un indice d'hémorragie importante; si la tension ne se rétablit pas ou continue à baisser, le malade succombera dans le coma. Si, au contraire, la chute tensionnelle est peu marquée, et si la tension se rétablit lentement, sans que la température s'élève, le malade pourra survivre à sa lésion. L'étude de la tension au cours de l'ictus aide donc autant au pronostic qu'au diagnostic. L. Rivet.

N°, 90, 5 Octobre 1923.

M. Péhu et L. Bonafé. ***Sur 4 nouveaux cas de sténose par hypertrophie musculaire du pylore observés chez des nourrissons; guérisons sans intervention chirurgicale.*** — P. et B. relatent 4 cas de sténose par hypertrophie musculaire du pylore observés chez des nourrissons très jeunes, suivis dans toute leur phase aiguë et réexaminés longtemps après disparition complète des signes caractéristiques de la maladie. Ces 4 cas, traités par les seuls moyens médicaux, ont guéri, malgré le déroulement, lors de la phase aiguë, de symptômes sévères et même graves.

Dans le 1[er] cas, les vomissements apparurent à la 3[e] semaine et augmentèrent progressivement en fréquence et en abondance. On vit s'installer un état athrepsique et l'on constata à la fin de la 6[e] semaine un syndrome typique de sténose du pylore, sans tumeur pylorique; perte rapide et accentuée de poids; apparition d'œdèmes. Des lavages d'estomac pratiqués 2 fois par jour pendant 3 mois amenèrent une amélioration lente, suivie de reprise de poids à partir du 4[e] mois. L'enfant, âgé actuellement de 21 mois, va bien et présente des fonctions digestives parfaitement normales.

Dans le 2[e] cas, vomissements apparus à l'âge de 3 semaines avec constipation, perte de poids; installation d'un état athrepsique; syndrome de sténose pylorique avec ondes péristaltiques, sans tumeur palpable; lavages d'estomac; lait albumineux, puis allaitement au sein. Amélioration progressive à partir du 4[e] mois. L'enfant, revu à l'âge de 7 mois, pèse 6.310 gr. et présente des fonctions digestives normales.

Dans le 3[e] cas, vomissements apparus à l'âge d'un mois, état atrophique; syndrome pylorique avec ondes péristaltiques, pas de tumeur pylorique. Mégalosplénie. Wassermann négatif. Des lavages d'estomac sont pratiqués pendant 40 jours. Amélioration lente à partir du 5[e] mois. L'enfant, revue à l'âge de 7 mois, présente des fonctions digestives normales, pèse 4.320 gr. avec persistance de la mégalosplénie.

Dans le 4[e] cas, vomissements apparus au cours de la 3[e] semaine, ayant persisté pendant 3 mois; syndrome typique de sténose pylorique, avec ondes péristaltiques nettes, sans tumeur pylorique; état atrophique. L'enfant, revu à l'âge de 8 mois, pèse 7.120 gr. et présente des fonctions digestives à peu près normales.

Dans ces cas, on voit que, du moment où le tracé pondéral commence à devenir ascendant, on peut affirmer que la maladie est terminée, que la perméabilité pylorique est définitivement rétablie; or, même dans ces conditions, après cessation complète des signes fonctionnels, les ondes péristaltiques persistent pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Les guérisons observées par P. et B. montrent que l'affection ne relève pas obligatoirement de l'intervention chirurgicale et prouvent que le syndrome n'est pas engendré par une malformation congénitale de l'anneau pylorique. On sait toutefois les brillants résultats obtenus chirurgicalement, notamment par Fredet et par Veau. A ce point de vue, l'importance des vomissements ne donne pas la mesure de l'imperméabilité pylorique, qui est bien plus indiquée par la diminution des selles pouvant aller jusqu'à leur absence complète. D'autres indications opératoires sont fournies par la rétention bismuthée décelée radioscopiquement, par une perte rapide et persistante de poids, par la déchéance de l'état général.

P. et B. ont actuellement 14 observations de sténose pylorique authentique : 3 des malades ont été opérés et sont morts; les 11 autres, traités médicalement, sont à l'heure actuelle tous bien portants et ne présentent plus aucun vestige de leur maladie.

L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
des
SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Tome XLIV, n° 35, 2 Septembre 1923.

R. Dupérié. ***Syndrome de Raynaud d'origine hérédo-syphilitique chez un garçon de 2 ans.*** — D. relate l'observation d'un enfant de 28 mois, qui présenta un syndrome de Raynaud incontestable; la phase syncopale du début passa inaperçue, mais les phases d'asphyxie et de gangrène furent typiques.

Le père de cet enfant, homme encore jeune, est atteint d'une hémiplégie organique.

Quant à l'enfant lui-même, c'est un enfant nerveux, irritable, sujet à une ébauche de spasme glottique. Mais surtout, il est porteur d'une hépatomégalie, signe fréquent d'hérédo-syphilis.

En fait, la recherche positive de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum de la mère, puis dans celui de l'enfant, vint confirmer le diagnostic. Celui-ci fut encore démontré par l'influence heureuse du traitement sulfarséno-mercuriel.

Récemment Audry et Chatellier ont considéré le syndrome de Raynaud comme une endocrinide syphilitique angio-neurotique. D. n'a relevé chez son malade aucun indice de participation d'une glande endocrine. L. Rivet.

N° 38, 23 Septembre 1923.

I. Sabrazès. ***Syndrome fruste de maladie de Mikulicz avec tarissement de la sécrétion salivaire chez une spécifique.*** — Une femme de 65 ans,

sans antécédents particuliers, présente depuis un an une sécheresse progressive de la bouche par défaut de salive, gênant l'alimentation, entraînant des troubles du côté de la langue qui se fissure et s'ulcère, du côté de la voûte sur laquelle apparait une lésion ulcéro-végétante. Bientôt apparaissent des phénomènes de carie du collet et la malade perd une série de dents, sans pyorrhée alvéolaire. L'état général s'altère. A l'examen on constate une dépression marquée des régions parotidiennes et sous-maxillaires. Les quatre glandes sont petites, dures, scléreuses. Les sublinguales ne paraissent pas très touchées. Les glandes lacrymales sont normales. Il existe du coryza, hypertension (21-11 1/2 au Pachon). Wassermann nettement positif. Il s'agit de lésions d'origine syphilitique pour lesquelles un traitement spécifique est indiqué mais doit être prudemment conduit, vu l'état général précaire de cette malade.

Le syndrome observé par S. diffère notablement de la maladie de Mikulicz type, caractérisée par l'hypertrophie simultanée des glandes salivaires et lacrymales. Mais bien des formes frustes et atypiques ont été décrites, relevant de la syphilis, de la tuberculose, de la lymphocythémie, du lymphadénome, etc. On y a même fait rentrer certaines hypertrophies parotidiennes purement physiologiques et mêmes caractéristiques de race dans certaines régions. Aussi S. profite-t-il de cette observation pour rappeler la confusion qui règne encore à l'heure actuelle sur cette question et la nécessité d'une révision et d'un essai de classification des trop nombreuses lésions artificiellement placées dans le cadre de la maladie de Mikulicz. M. Deniker.

N° 41, 14 Octobre 1923.

Paul Balard et Roger Fabre. *La médication adrénalinique dans le shock (indications et contre-indications selon l'état du tonus vasculaire).* — L'adrénaline appliquée au traitement du shock peut produire, par son action élective vaso-constrictive puissante, des accidents regrettables, l'anurie par exemple, par blocage rénal dû selon toutes probabilités à une vaso-constriction excessive.

B. et F. divisent, au point de vue de la médication adrénalinique, les shocks en 2 catégories : 1° shocks avec vaso-dilatation paralytique, dans lesquels l'adrénaline est indiquée: 2° shocks avec vaso-constriction, dans lesquels l'adrénaline paraît contre-indiquée.

Il importe donc, avant d'instituer la médication adrénalinique chez les shockés, de s'assurer au préalable de l'état du tonus vasculaire à l'aide de l'oscillomètre et grâce aux lois d'interprétation de l'indice oscillométrique formulées par Pachon. B. et F. appuient ces conclusions sur la relation de 2 observations de shock après accouchement, l'un avec vaso-dilatation, l'autre avec vaso-constriction, et dans lesquels l'adrénaline produisit les effets opposés signalés plus haut. L. Rivet.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

Tome XV, n° 5, Mai 1923.

Rochet et Thévenot (Lyon). *Les urétérites pelviennes chroniques douloureuses et leur thérapeutique.* — On peut observer des urétérites d'origine ascendante, restant longtemps localisées au segment inférieur de l'uretère, et qui se voient soit à la suite d'infections vésicales anciennes, soit quand l'uretère pelvien est resté longtemps au contact d'un foyer inflammatoire du petit bassin, et c'est alors chez la femme qu'on les trouve de préférence.

La douleur provoquée par ces urétérites varie du simple point douloureux, qu'il faut rechercher avec soin, à des crises de coliques néphrétiques retentissant sur la vessie elle-même sous forme de besoins impérieux ; la partie inférieure de l'uretère est toujours d'ailleurs douloureuse à la pression même légère. Ces urétérites peuvent empoisonner complètement l'existence des malades qu'elles condamnent à des repos prolongés ; elles peuvent même retentir gravement sur le rein.

L'origine de ces douleurs est diverse : il peut s'agir d'une *périurétérite* développée au contact d'une annexite, d'une *compression de l'uretère* par une affection inflammatoire chronique partie de l'utérus ou des annexes, enfin il peut s'agir d'une *névrite des plexus sympathiques* qui innervent l'uretère.

Le traitement consistera d'abord à soigner par les moyens appropriés l'affection vésicale ou le foyer inflammatoire pelvien qui peuvent être en cause ; on peut agir par voie endoscopique sur l'uretère lui-même. Une castration supprimant tous les foyers inflammatoires du petit bassin peut donner une rapide guérison ; la libération de l'uretère pris dans une gangue inflammatoire également. R. et T. ont employé dans deux cas cette intervention réglée par Albarran et leurs malades s'en sont bien trouvées.

Si on ne trouve pas au niveau de l'uretère de cause anatomique définie, il faut faire cesser le spasme douloureux en énervant l'uretère. R. et T. rappellent les travaux de Latarget et Bonnet sur la disposition des nerfs de l'uretère et conseillent de couper le nerf urétéral principal venu du nerf hypogastrique. C'est une opération un peu délicate sur laquelle les auteurs donnent des renseignements précis de technique que devra lire qui voudra répéter cette opération ; il ne faut pas serrer l'uretère de trop près afin d'éviter de léser ses vaisseaux. Cette opération tentée dans deux cas d'urétérite douloureuse a donné un plein succès. Wolfromm.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Tome IV, nos 8, 9 et 10, Août à Octobre 1923.

Thibierge et Lacassagne. *Les inoculations expérimentales de la syphilis à l'homme.* — Dans ce travail très documenté, T. et L. passent en revue toute la série des inoculations de la syphilis tentées chez l'homme de 1835 à 1922.

Les résultats obtenus ont été souvent discordants, du fait d'une expérimentation défectueuse. Par contre, certaines inoculations, comme celles de Pellizari, sont très intéressantes, car la clinique n'a jamais pu préciser l'intervention du sang dans l'infection syphilitique.

Il en est de même de l'inoculation de Caspary, qui permet de conclure qu'une femme accouchée d'un enfant hérédo-syphilitique ne peut contracter la syphilis.

Mais au point de vue moral, ces inoculations sont-elles légitimes ?

Les savants, qui ont fait ces inoculations sur eux-mêmes, les médecins qui, en connaissance de cause, se sont offerts, sont évidemment hors du débat.

Mais T. et L. jugent sévèrement les expérimentateurs qui, sans avoir exposé au sujet tous les risques encourus et obtenu son assentiment formel, lui ont inoculé la syphilis.

On soutiendrait à tort aujourd'hui qu'avec les traitements modernes on est maître d'arrêter la marche de la syphilis ; il y a toujours un risque à courir pour les sujets soumis au traitement par les arsénobenzènes, et l'expérimentateur a le devoir de faire connaître au sujet tous ces risques.

A l'époque où l'obstination de Ricord à soutenir la non contagiosité des accidents secondaires risquait d'entraîner des conséquences désastreuses et de propager la syphilis, quelques expérimentateurs pouvaient encore prétexter de l'intérêt général.

Il ne semble pas que des questions de cette gravité puissent encore se poser; on sait de plus que les singes sont susceptibles de contracter la syphilis et servir à l'expérimentation. On peut donc dire que l'inoculation expérimentale de la syphilis à l'homme, laquelle n'a presque jamais été d'une nécessité scientifique absolue, a perdu à peu près toute utilité.

Il faut donc espérer que la liste des inoculations est close. R. Burnier.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

Tome XXXVII, n° 9, Septembre 1923.

A. Boquet et L. Nègre. *Sur les propriétés biologiques des lipoïdes du bacille tuberculeux.* — Les lipoïdes du bacille tuberculeux solubles dans l'alcool méthylique et insolubles dans l'acétone ont des propriétés antigènes en ce sens qu'ils dévient le complément avec le sérum des tuberculeux et produisent chez le lapin des substances qui se comportent comme des anticorps.

Les lipoïdes des bacilles paratuberculeux et diphtériques dévient le complément à des taux divers (méthode de Calmette et Massol) avec les sérums antituberculeux et produisent des anticorps décelables à la fois avec les antigènes correspondants et les antigènes tuberculeux.

Cette propriété commune aux bacilles paratuberculeux, diphtériques et tuberculeux paraît attribuable à la présence, dans les extraits alcooliques de ces microbes, de substances appartenant au groupe des phosphatides.

Les extraits méthyliques de bacille de Koch ne provoquent aucune manifestation d'hypersensibilité chez les lapins et les cobayes tuberculeux ou préparés avec des extraits homologues, de la tuberculine ou des bacilles morts. Leurs propriétés antigènes sont donc moins étendues que celles des protéines.

Les extraits acétoniques directs de bacilles tuberculeux n'exerçent aucune action favorable dans le traitement de la tuberculose expérimentale du lapin et du cobaye. Au contraire, les extraits méthyliques bacillaires, privés en grande partie des matières grasses et cireuses par l'acétone, ralentissent la marche de l'infection qui reste souvent localisée à un seul organe. L. Rivet.

Prof. G. Sanarelli (de Rome). *De la pathogénie du choléra (8e mémoire) : l'algidité cholérique.* — On sait que la présence de vibrions, ou de leur protéide, dans l'organisme d'animaux d'expérience, provoque facilement le réveil et l'exaltation de la virulence des colibacilles et souvent encore des streptocoques et des staphylocoques pyogènes ; ces microbes de sortie produisent souvent des infections générales ou des septicémies mortelles. Ces microbes proviennent vraisemblablement des organes lymphatiques du tube digestif.

Chez les lapins qui ont reçu dans les veines de petites doses de vibrions ou qui, à certaine distance d'une première faible injection de vibrions, ont reçu l'injection d'une dose insignifiante de culture, en bouillon, de colibacilles ou de staphylocoques, filtrée, ou bien de petites doses, non mortelles, de colibacilles ou de staphylocoques, se produisent souvent des effets presque foudroyants, accompagnés d'invasions colibacillaires plus ou moins étendues. Ces effets peuvent s'expliquer en admettant le déclenchement soudain d'un trouble humoral, ayant beaucoup de points de ressemblance avec le choc anaphylactique.

Si, chez le cobaye, à la distance de 6 à 7 heures de l'injection péritonéale d'une dose non mortelle de vibrions, on injecte directement dans la circulation une petite quantité, par elle seule absolument dépourvue d'action pathogène, d'une culture en bouillon de colibacilles filtrée, l'animal est pris tout de suite de malaise et meurt souvent en très peu de temps, parfois même subitement, après avoir accusé une baisse très sensible de la température, de la polypnée, des phénomènes d'asphyxie, contracture des jambes, cyanose, tachycardie, etc., bref un accès comparable, à différents égards, à celui qui caractérise la phase algide du choléra humain.

Le déclenchement de ces accidents, qui sont l'expression d'un phénomène général et qui, dans leur ensemble, peuvent tout aussi bien être assimilés à ceux du choc anaphylactique, s'accompagne de multiples altérations anatomiques et humorales très caractéristiques, qui se constatent à l'autopsie : gastro-entérite desquamative très aiguë, souvent hémorragique, accompagnée de forte congestion du tube digestif, néphrite aiguë, albuminurie, épaississement du sang.

Chez les cobayes, entre l'injection de l'antigène prédisposant (vibrions) et l'injection du second antigène qui déclenche l'accès (filtrat de cultures de colibacilles), doivent passer environ 6 à 7 heures. Cet intervalle, qui coïncide avec le moment de l'apogée de l'excrétion intestinale des vibrions injectés dans le péritoine, paraît généralement nécessaire pour que se produise une sensibilisation suffisante de l'animal. L'injection préparante peut être également pratiquée avec des vibrions tués, mais il faut alors employer une dose plus élevée ; le choc qui se produit est d'ailleurs moins sûr et moins accentué qu'avec les vibrions vivants.

Les nombreux points de contact que l'on constate entre la symptomatologie et les lésions anatomiques de cette espèce d'algidité expérimentale du cobaye et la phase algide du choléra humain autorisent à ranger l'algidité cholérique parmi les phénomènes anaphylactiques. L'algidité cholérique ne serait qu'un accès survenant brusquement, après une phase préparatoire de sensibilisation ou d'incubation, représentée par l'action simple et directe des vibrions sur la muqueuse de l'intestin et déclenchée ensuite par le concours imprévu, autant qu'indispensable, d'autres microbes, ou de leur protéide. L. Rivet.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Bâle*)

Tome LIII, n° 36, 6 Septembre 1923.

Du Bois. *La radiothérapie des dermatoses les plus fréquentes.* — Du B. fait une très large place, en thérapeutique dermatologique, à ce « moyen propre et élégant » de traitement. La radiothérapie est d'application délicate, assurément, mais on évitera les radiodermites surtout à deux conditions:

1° Bien localiser son action; les radiodermites graves sont plus souvent en rapport avec l'étendue de la surface traumatisée qu'avec la dose absorbée;

2° En cas d'applications renouvelées, attendre toujours le temps nécessaire pour l'élimination de la dose absorbée; ce temps peut être évalué à un jour et demi par unité H pour les radiations non filtrées.

Les effets visés peuvent être de trois ordres:

a) Des modifications passagères, avec retour complet à l'état normal. C'est ce que produit un rayonnement de qualité moyenne, n° 5-6 Benoist, à la dose de 5 à 10 H en une seule fois. Ce genre de traitement est celui dont Sabouraud a réglé l'emploi dans la teigne tondante. Mais il trouve aussi son application dans toutes les variétés de folliculites, et en particulier dans les acnés; la cure d'exfoliation d'un acné juvénile exige une dose qui dépasse la dose d'érythème, 8 à 10 H pour le dos, 5 H dans une première séance, puis 3 H dans une seconde pour la face. L'efficacité de la radiothérapie est trop souvent négligée également dans les prurits, — en particulier prurit anal, — dans les névrodermites avec lichénification, dans les diverses variétés d'eczéma, même dans l'eczéma de la face des bébés, qui supporte très bien 5 H, à condition de ne pas renouveler la dose avant 20 jours. Dans l'eczéma fissuraire de la paume des mains ou de la plante des pieds la sensibilité est particulièrement grande, et il ne faut pas dépasser 3 ou 4 H. Dans l'impétigo, les rayons sont efficaces, mais le prix de revient est trop élevé pour qu'il y ait lieu d'abandonner les traitements classiques. Les condylomes vénériens et, — habituellement, mais non toujours, — les verrues vulgaires cèdent bien à l'irradiation.

b) Des modifications durables des tissus, avec transformation cicatricielle sans destruction préalable. Ces effets s'obtiennent avec des rayons durs, filtrés sur aluminium ou sur zinc, en applications répétées. La dose moyenne de chaque application est de 10 H, d'un rayonnement 7-8 B; mais il faut éviter les réactions aiguës qu'on recherche dans le premier groupe. Les traitements de cet ordre conviennent dans les diverses manifestations de la kératose sénile, dans le lupus, — particulièrement dans le lupus des orifices naturels, sur lequel la finsenthérapie est difficilement applicable, — dans les chéloïdes et dans l'acné chéloïdienne de la nuque, enfin dans les angiomes tubéreux saillants. Les traitements, dans tous ces cas, peuvent durer des mois ou des années.

c) Des destructions de tissus pathologiques, avec élimination des éléments nécrosés, et cicatrisation consécutive. On réalise ce type d'action dans les tumeurs épithéliales superficielles. Du B. a abandonné, dans ce cas, la méthode idéale de la dose totale nécessaire administrée en une seule séance. Il a eu, avec cette méthode, des déboires: deux sujets de plus de 60 ans, qui avaient reçu respectivement 60 et 80 H en une seule séance, ont rapidement guéri de leurs tumeurs, mais se sont cachectisés, et sont morts au bout de six semaines, sans lésion apparente à l'autopsie. Habituellement, Du B. fait deux séances pour les épithéliomas baso-cellulaires: dans la première séance, il administre le tiers de la dose totale, en rayonnement très filtré, et minutieusement localisé sur le tissu malade. La nécrose débute vers le 9e ou 12e jour. A ce moment on administre le reste de la dose (les deux tiers), en rayonnement filtré étendu un peu plus largement. L'élimination de l'épithéliome demande généralement 4 à 5 semaines. Si elle n'est pas achevée à ce moment, on peut faire une 3e application. Les épithéliomes ulcéreux sont toujours plus rebelles. Du B. remplit les ulcérations de poudre d'aluminium, en pareil cas, pour favoriser les rayonnements secondaires. J. Mouzon.

A. Lassueur. *Le radium en dermatologie.* — L'usage du radium est délicat, et le dosage des irradiations manque de précision. Mais, dans bien des cas, l'application du radium est moins désagréable que celle des rayons X, et les résultats obtenus sont meilleurs; il semble que le radium soit susceptible de produire non seulement une action nécrosante sur les cellules malades, mais aussi une action régulatrice sur l'évolution de certaines d'entre elles.

Les deux plus belles indications du radium sont les nævi vasculaires et les cancroïdes cutanés. Pour les nævi vasculaires, il faut agir aussitôt que possible après la naissance: c'est ainsi qu'on obtiendra les succès les plus faciles et les plus esthétiques. Le radium, à la différence des rayons X, qui exigent l'immobilisation, est très simple à appliquer chez le jeune enfant. L. traite ainsi les nævi vasculaires plans, les nævi plans tubéreux, les nævi caverneux, même les nævi stellaires.

Pour les épithéliomas cutanés, L. distingue selon les formes histologiques, et il ne pose souvent ses indications qu'après biopsie. L'épithéliome baso-cellulaire est justiciable de la rœntgen et surtout de la curiethérapie; s'il est très bourgeonnant, il y a avantage à curetter avant d'irradier. L'épithéliome spino-cellulaire, le nævo-carcinome, l'épithéliome métatypique de Darier doivent être soumis à l'exérèse chirurgicale. L. insiste sur l'utilité de faire disparaître par le radium toute manifestation de kératose précancéreuse, telle qu'il en existe si fréquemment sur la face des sujets âgés. Cette œuvre de « prophylaxie du cancer de la face » lui tient à cœur.

Le radium est également utile dans certains lupus de Wilson (comme adjuvant), dans les chéloïdes, dans les verrues, dans les papillomes, dans la leucoplasie de la vulve. Mais L. n'a pas eu l'occasion d'essayer la cure de la leucoplasie buccale, qui aurait été réussie par Ehrmann (de Vienne).

L'article de L. contient des détails très précis sur les techniques qu'il emploie dans chaque cas particulier. J. Mouzon.

N° 37, 13 Septembre 1923.

O. Roth. *Les dangers de la thérapeutique iodée au point de vue spécial des essais modernes de prophylaxie du goitre.* — R. proteste contre les dangers auxquels expose la propagande faite actuellement en Suisse en faveur de la prophylaxie du goitre par les préparations iodées, et en particulier par les tablettes chocolatées d'iodostarine. Pharmaciens, maîtres d'école dispensent à un chacun les tablettes iodées, qui sont imprudemment données comme inoffensives. Or, non seulement des abus sont à craindre, mais il existe même toute une série de cas où des doses infimes d'iode, ingérées dans ces conditions, ont suffi pour provoquer des accidents d'iodisme, ou même de véritables syndromes basedowiens. R. cite toute ou une série de cas de ce genre chez des femmes qui s'étaient contentées de prendre une tablette d'iodostarine tous les 8 ou tous les 15 jours pendant quelques mois, c'est-à-dire une dose analogue à celle qui est utilisée dans les écoles. Cette intolérance à l'iode peut apparaître secondairement chez des sujets qui supportaient autrefois très bien le médicament Une goitreuse, qui avait trouvé une grande amélioration dans l'usage des tablettes pendant 1 an 1/2, fit des signes graves de basedowification après ingestion de 8 tablettes réparties sur 4 semaines; une thyroïdectomie fut nécessaire. Les accidents se produisent parfois avec des doses d'iode plus minimes encore: usage de sel iodé dans la cuisine; application de pommade à l'iothion à 1 pour 100 dans la région temporale. Le danger vaut la peine qu'on exige une surveillance médicale attentive dans l'application de la prophylaxie goitreuse par l'iode, — prophylaxie dont l'efficacité, dit R, reste encore problématique.

Dans un cas, les accidents ont été d'un ordre plus grave encore: chez une ancienne choréique, qui semblait avoir gardé une lésion cardiaque, les signes d'iodisme se sont accompagnés de défaillance cardiaque, avec dilatation du cœur et arythmie complète. Ce dernier syndrome se rencontre souvent dans la maladie de Basedow, d'après un travail fait par Huber dans le service de L. J. Mouzon.

Fernand Chatillon. *La sérothérapie préventive de l'infection puerpérale.* — C. a utilisé, à la clinique du professeur Beuttner (de Genève), le sérum antistreptococcique polyvalent de l'Institut Pasteur. Il injecte, aussitôt que possible, 1 cmc, puis, 1 heure après, 40 cmc, le lendemain 40 cmc encore, et, si le cas est particulièrement suspect, 40 cmc également le surlendemain. Sa statistique est la suivante:

	SANS SÉRUM 62 femmes — pour 100	APRÈS SÉRUM 38 femmes — pour 100
Suites normales	29 cas : 46,7	25 cas : 65,8
Suites légèrement fébriles.	15 cas : 24,3	12 cas : 31,6
Suites fébriles	16 cas : 25,8	1 cas : 2,6
Décès	2 cas : 3,2	0

Comparée à la statistique obtenue par Lequeux dans ses essais de vaccinothérapie préventive à l'aide du lipo-vaccin de Le Moignic et Sézary, celle de C. paraît indiquer que le sérum est encore plus actif que le vaccin. La statistique des cas accompagnés d'opérations obstétricales paraît également démonstrative: pas de décès au lieu de 7,7 pour 100; — 5,5 pour 100 de réactions fébriles à 40°, au lieu de 46,2 pour 100 pour les interventions autres que le forceps.

J. Mouzon.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Leipzig*)

Tome XLIX, n° 35, 31 Août 1923.

E. Makai (de Budapest). *Accélération de la guérison spontanée des processus inflammatoires au moyen des produits de l'inflammation.* — M. a pratiqué sur une large échelle, lors des abcès froids et des abcès chauds, l'injection sous-cutanée du contenu de ces abcès et, non seulement il a constaté l'innocuité de cette méthode, mais, dans bien des cas, il a observé l'heureuse influence de ces injections sur le processus de guérison spontanée, celle-ci étant survenue dans presque tous les cas sans incision de l'abcès; une ponction fut rarement nécessaire. Toute réaction locale fait défaut dans 30 pour 100 des cas; ou bien il se forme une infiltration peu douloureuse (30 pour 100 des cas), ou bien il se produit un abcès très limité qui disparaît sans laisser de trace, le plus souvent sans qu'il soit nécessaire de le ponctionner. La réaction générale est d'ordinaire nulle; lorsqu'elle existe, elle se traduit par un peu de fièvre passagère, jamais plus de 38°5; souvent c'est un abaissement de la température qu'on observe; il se produit une leucocytose marquée. M. a pu ainsi injecter sans inconvénient du pus fétide de pleurésie interlobaire.

La technique est fort simple: le pus est prélevé à la seringue dans l'abcès et injecté tel quel sous la peau; l'injection est répétée tous les 5 jours, autant de fois qu'il est nécessaire; 2 à 3 suffisent en général. Toute tentative de stérilisation du pus des abcès avant son injection ne donna lieu qu'à des mécomptes.

M. a surtout traité des suppurations chaudes circonscrites: adénophlegmons du cou et de l'aisselle, pleurésies enkystées, abcès du sein, abcès ostéomyélitiques et mastoïdiens; toutefois, dans les phlegmons à tendance extensive du cou, il a appliqué cette pyothérapie avec succès. Il a traité aussi quelques abcès froids fermés; les injections n'ont eu aucun inconvénient; peu à peu le pus de l'abcès se fluidifie, la collection diminue de volume et tend à disparaître; en même temps l'état général devient florissant. Il est à remarquer que l'action du pus, dans ce cas, se montre strictement spécifique; le pus provenant d'un autre tuberculeux n'agit pas.

Deux morts sont survenues chez des enfants ainsi traités, mais l'autopsie a permis d'innocenter la méthode et même dans un cas de constater, 2 mois après la pyothérapie, que toute trace des injections avait disparu.

M. disserte longuement sur le mécanisme de l'action curative de la pyothérapie, sans parvenir à des conclusions bien claires. Il admet, dans les cas où il se produit un abcès local, une sorte de fixation ou de dérivation; dans les cas de beaucoup les plus nombreux où toute réaction locale fait défaut, une activation du protoplasme particulièrement puissante. Quoi qu'il en soit, le pus n'est pas la matière peccante que l'on croit souvent, le principe même de la

maladie conditionnant sa progression ; la suppuration ne représente pas l'essence, mais le résultat d'une infection. P.-L. Marie.

N° 37-38, 21 Septembre 1923.

P. Uhlenhuth. ***Recherches expérimentales sur la question de l'immunité et de la vaccination préventive dans la tuberculose.*** — U. a cherché d'abord à obtenir l'immunisation contre la tuberculose au moyen de l'injection de doses massives de bacilles tués. Il a ainsi tenté de protéger les cobayes et les lapins par des injections de bacilles dégraissés par le trichloréthylène, de bacilles ayant subi l'action de la chaleur sèche, de bacilles traités par l'antiformine, le tout sans succès. Même échec chez les bovidés, malgré les doses énormes inoculées.

U. renonça donc à l'emploi des bacilles tués et eut recours à des bacilles vivants La clinique enseigne en effet que, chez l'homme, c'est l'inoculation de petites doses de bacilles vivants qui crée l'immunité et, d'autre part, les observations sur les animaux établissent que l'immunité relative qu'ils peuvent posséder, soit naturellement, soit artificiellement, est fonction d'une infection bacillaire et qu'elle persiste tant que dure cette infection. Cette immunité semble relever d'un processus cellulaire, sorte de phénomène de défense fondé sur l'allergie, et non de la présence d'anticorps dans les humeurs.

Le point délicat et d'importance primordiale réside dans le choix du bacille à inoculer. Il faut qu'il ne soit pas complètement avirulent, car il ne produirait pas d'immunité, et d'autre part qu'il soit suffisamment atténué. U. a employé une souche de bacille bovin âgée de 21 ans, rappelant en culture le type humain et faiblement virulente pour le cobaye. Des doses formidables (jusqu'à 2 gr. de culture vivante) injectées dans le péritoine des bovidés ne déterminèrent pas de lésions graves. Une souche aussi âgée de bacille humain se montra aussi peu virulente.

U. tenta alors d'immuniser des bœufs par injections intrapéritonéales massives réitérées de ces bacilles bovins; certains animaux reçurent jusqu'à 60 gr. de bacilles. Or, aucun d'eux ne se montra, protégé, si peu que ce soit, contre l'inoculation ultérieure d'un bacille virulent. Même résultat chez les moutons. Des expériences semblables faites avec la souche humaine sont encore en cours et paraissent un peu plus encourageantes.

En ce qui concerne la valeur thérapeutique du sérum des bœufs inoculés, elle se montra nulle chez les cobayes tant du point de vue curatif que du point de vue préventif. Fait assez surprenant, chez l'homme, entre les mains de Czerny, ce sérum paraît donner d'assez bons résultats; toutefois des essais cliniques nombreux s'imposent avant qu'on puisse se prononcer sur ce point. P.-L. Marie.

IL POLICLINICO [*Sezione pratica*]

(*Roma*)

Tome XXX, fasc. 29, 16 Juillet 1923.

M. Francini. ***Sur la sclérose du mésocôlon transverse dans l'ulcère duodénal.*** — Il arrive assez souvent que l'ulcère duodénal détermine sur le péritoine voisin des lésions de sclérose rétractile qui portent surtout sur le mésocôlon transverse. L'auteur apporte à leur étude la contribution d'une observation très complète,

Il s'agit d'une malade de 44 ans qui, depuis longtemps déjà, présentait des signes typiques d'ulcère duodénal. L'intervention montrait au niveau de la lésion un péritoine épaissi et blanchâtre adhérent aux organes voisins. Au cours de la gastro-entérostomie l'opérateur trouvait un mésocôlon transverse rigide et tellement rétracté que sa traversée par l'anse abouchée à la face postérieure de l'estomac devenait presque impossible.

L'opération fut bientôt suivie de vomissements incessants qui décidèrent l'auteur à intervenir à nouveau, cette fois par gastro-entérostomie antérieure précolique, dont les résultats furent meilleurs. L. de Gennes.

Fasc. 36, 3 Septembre 1923.

V. Jura. ***Sur la thermo-précipitation Wiget-Ascoli dans le diagnostic de la tuberculose rénale.*** — Le principe de la thermo-précipitation, qu'on doit aux recherches d'Ascoli, repose sur la présence dans le sérum d'éléments spécifiques qu'on met en évidence après ébullition par l'action de sérums précipitants à action instantanée.

Faginoli, Civalleri et Fiernero avaient tenté d'appliquer cette épreuve à la recherche des précipitogènes du bacille de Koch dans les organes tuberculeux.

Wiget réussit avec plus de bonheur à appliquer ce principe à la recherche des thermo-précipitogènes dans les urines provenant de reins tuberculeux.

L'auteur en a repris l'étude en contrôlant toujours ses résultats par la recherche du bacille de Koch, et en pratiquant des épreuves complémentaires sur des sujets témoins atteints de tuberculose pulmonaire sans bactériurie ou exempts de toute lésion.

Il conclut de ces recherches :

1° Que les extraits de sédiment urinaire au cours des tuberculoses rénales ouvertes, mis en présence de sérums spécifiques, donnent constamment après 10 ou 20 minutes une réaction de précipitation ;

2° Cette réaction est liée à la présence des corps bactériens et plus précisément des albumines spécifiques du bacille;

3° Les urines prélevées au cours des affections des voies urinaires, mais ne contenant pas de bacilles de Koch, donnent une réaction constamment négative. L. de Gennes.

Fasc. 37, 10 Septembre 1923.

R. Doria. ***La pression artérielle dans la scarlatine.*** — Nobécourt et Tixier, Teissier et Tanon, puis Rolleston ont depuis longtemps décrit au cours de la scarlatine une hypotension constante et précoce.

L'auteur en a repris l'étude par la méthode de Riva Rocci et en a tiré des conclusions analogues à celles de ses prédécesseurs.

Les deux courbes Mx et Mn restent sensiblement parallèles pendant toute la durée de l'évolution, la courbe Mn se montrant cependant toujours plus régulière.

Le plus souvent la pression différentielle est restée normale ; dans 24 cas elle s'est montrée diminuée par suite de l'hypertension diastolique.

Dans l'ensemble on constate au cours de la scarlatine une hypotension constante, qui peut commencer dès la phase prééruptive, et persiste habituellement pendant une semaine environ.

Elle est plus accentuée dans les cas graves, à peine perceptible dans les formes frustes.

Elle semble en rapport avec la vaso-dilatation générale et avec la défaillance du ventricule gauche. Lorsqu'elle est intense, elle ne semble pas nécessairement en rapport avec des lésions surrénales.

La quasi-constance de l'hypertension diastolique atteste que l'hypotension est liée bien plus vraisemblablement à la méiopragie cardiaque.

Les élévations accidentelles de la pression maxima n'ont pas de particulière valeur pronostique ; l'élévation de la minima est au contraire presque toujours liée à une néphrite.

Les injections de sérum de convalescent, la maladie du sérum, les injections de vaccin abaissent toujours plus ou moins la tension.

L'hypotension scarlatine ne saurait être attribuée au régime alimentaire réduit et déchloruré, puisqu'elle existe sans lui.

Une hypotension brusque avec chute de la tension différentielle doit toujours faire redouter une complication cardiaque. L. de Gennes.

Fasc. 39, 24 Septembre 1923.

Trenti. ***Réaction cutanée dans la fièvre de Malte.*** — Le diagnostic de la fièvre de Malte est souvent fort difficile : l'hémoculture ne pousse parfois que très lentement, le séro-diagnostic n'a de valeur qu'à des taux d'agglutination très élevés.

Récemment, Burnet a mis en évidence l'intérêt de l'intradermo-réaction par introduction dans l'épaisseur de la peau d'une minime quantité d'un filtrat de bacille de Bruce. Cette réaction ne provoque aucun phénomène d'ordre général.

Chez les malades atteints de fièvre de Malte et chez les animaux expérimentalement infectés, elle détermine l'apparition d'une réaction locale caractérisée par une élévation de température, de l'œdème, de la douleur, qui se *manifestent* environ 10 heures après l'injection et persistent pendant 48 heures. Cette réaction, particulièrement sensible, est rigoureusement spécifique et se montre encore positive 2 ans après la guérison clinique. Elle apparaît très précocement dès les premiers jours de la maladie.

L'existence de porteurs sains de germes de la fièvre de Malte constatée pour la première fois par Shaw en 1912 donne encore plus d'intérêt à l'intradermo-réaction qui permettrait de déceler le micrococcus militensis partout où il se trouve et rendrait plus facile la lutte contre la diffusion de la maladie. L. de Gennes.

GAZETTA

DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE

(*Milan*)

Tome XLIV, n° 61, 2 Août 1923.

P. Luridiana. ***La valeur diagnostique de l' « échinococco-anaphylotoxine ».*** — Malgré les bons résultats obtenus par de nombreux chirurgiens avec l'intradermo-réaction dans le diagnostic de l'échinococcose, L. ne la considère pas comme une méthode parfaite, car elle échoue encore souvent, surtout dans les cas de kystes pulmonaires. Aussi a-t-il recherché la présence, dans le sang des malades supposés porteurs de tumeur à échinocoques, d'une substance qui, mêlée en proportion convenable avec de l'antigène frais et inoculée à un lapin, déclenche chez ce dernier un syndrome anaphylactique caractéristique. Ayant ainsi mélangé le sérum d'un malade atteint d'échinococcose avec le contenu frais d'un kyste dans la proportion de 3 pour 5 et maintenu le mélange 2 heures à 37°, puis 12 heures à la température de la pièce, L. en injecte 4 cmc dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin de 1.000 gr. et observe chez l'animal du prurit, des troubles de la respiration, de la parésie des sphincters et des membres inférieurs, des secousses musculaires, de l'hypothermie, une diminution rapide des leucocytes avec mononucléose. A la contre-épreuve (injection de liquide kystique mélangé à du sérum normal ou à du sérum de malades non porteurs d'échinocoques), on n'observe aucun phénomène appréciable.

En modifiant de diverses manières cette expérience, L. arrive à cette conclusion qu'il existe chez les porteurs d'échinocoques un anticorps anaphylactique qui, s'unissant à l'antigène en présence du complément, donne naissance à une toxine spéciale qu'il appelle l'*échinococco-anaphylotoxine*. C'est elle qui déchaîne les accidents ci-dessus décrits chez le lapin.

Ce choc anaphylactique est vraisemblablement dû à l'action de la toxine sur les rameaux du pneumogastrique, car l'atropine exerce sur elle une action modératrice. Cette réaction paraît très supérieure à l'intradermo-réaction, car elle s'est toujours montrée positive, même dans les cas où cette dernière restait négative.

Au cours des interventions pour kyste hydatique, on pourrait modifier l'état allergique des sujets soit en utilisant préventivement l'atropine, soit en cherchant à empêcher l'action déchaînante de la toxine en remplaçant l'incision large par la ponction progressive et lente qui diminue les risques d'écoulement et d'absorption du liquide hors du champ opératoire. M. Deniker.

N° 62, 5 Août 1923.

P. Luridiana. ***La réaction d'Abderhalden dans l'échinococcose.*** — Dans une courte note, L. signale les résultats qu'il a obtenus en expérimentant la réaction d'Abderhalden dans 3 conditions différentes :

1° *Chez des sujets indiscutablement porteurs d'échinocoques* : 14 cas, 14 réactions positives, mais à des degrés d'intensité variables.

2° *Chez des sujets sensibilisés par des injections de liquide hydatique* : réaction positive.

3° *Chez des sujets normaux ou atteints de maladies autres que le kyste hydatique :* réaction négative, sauf chez 5 sujets syphilitiques.

De ses expériences, L. conclut que cette réaction peut être utilisée avec chance de succès, à condition d'éliminer d'abord la syphilis. Il ne croit pas que l'on puisse établir d'identité entre les anticorps anaphylactiques et le ferment d'Abderhalden. M. Deniker.

N° 67, 23 Août 1923.

C. Gargano. ***Tuberculose mammaire.*** — La tuberculose du sein est d'un diagnostic très souvent malaisé, comme le prouve l'intéressante observation de G. où il était difficile, avant l'examen des pièces, de penser à autre chose qu'à un néoplasme, d'autant

qu'il s'agissait d'une femme de 56 ans en pleine santé, ayant remarqué par hasard l'existence d'une petite masse dans le sein droit.

L'existence d'une syphilis maritale et de plusieurs fausses couches fait penser à une lésion spécifique et ordonner un traitement mercuriel qui reste sans effet.

La malade est examinée par G. environ 5 mois après la première constatation faite par elle-même. Le sein est augmenté en masse, mais la tuméfaction est prédominante dans le segment externe. Il existe un développement veineux anormal, un peu d'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon qui est légèrement rétracté.

La palpation, absolument indolore, permet de sentir une tumeur dure, arrondie, bosselée, mal limitée, du volume d'un œuf de pigeon, sans adhérences à la peau ni au plan profond. Il existe dans l'aisselle quelques petits ganglions durs et mobiles. C'est donc bien plutôt le tableau d'un cancer que d'une tuberculose. Dans ce cas, en effet, l'adénopathie est le plus souvent prépondérante et fréquemment primitive.

S'arrêtant au diagnostic de carcinome, G. pratique l'amputation du sein avec curage axillaire complet. Guérison sans incidents.

A la coupe, tumeur et ganglions ont le même aspect rose jaunâtre avec points ramollis et hémorragies punctiformes. L'examen histologique montre au centre de la tumeur une structure typique avec infiltration embryonnaire, couronnes épithélioïdes et cellules géantes. Aux confins de la tumeur, on observe des formes de passage caractéristiques. Il s'agit donc de tuberculose, mais il n'est pas possible de préciser si la lésion a commencé dans les ganglions ou dans la glande elle-même.

M. Deniker.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

(Milan)

Tome XLV, 31 Août 1923.

Gaetano Dossena. ***Sur la signification et la valeur pronostique de la glycuronurie dans l'infection puerpérale.*** — Après avoir rappelé que la glycuronurie est un test fidèle de l'état fonctionnel de la cellule hépatique, D. rappelle les dosages faits par Roger, Chiray et Gautier en cas de diabète ; par Gautier dans les cardiopathies; par Roger, dans le cancer; par Clogne et Fiessinger dans les dysenteries bacillaires à syndrome cholériforme; par Barbier dans les infections gastro-intestinales et les arrêts de développement du nouveau-né ; par Roger dans les kystes hydatiques.

D. rappelle ensuite les travaux récents de Calcatera et de Volpe sur la glycuronurie des femmes enceintes normales, et il rapproche ces diverses recherches des travaux récents qui ont été entrepris sur la glycémie et sur la glycosurie gravidique. Il insiste sur l'action protectrice du foie dans les affections et les intoxications, et il explique comment il a été amené à rechercher, dans l'étude de la glycuronurie, un moyen d'apprécier la valeur du foie au cours d'une infection puerpérale.

La méthode employée a été celle de Grimbert et Bernier, modifiée par Roger. La substance glycuronico-formative a été le camphre à la dose de 1 gr. par voie hypodermique.

Ces recherches lui ont montré la grande fréquence de l'insuffisance fonctionnelle hépatique dans l'infection puerpérale. Cette insuffisance, qui, dans les formes de peu de gravité, est liée presque exclusivement à l'état de jeûne protéinique, ne doit pas être simplement considérée comme résultant de l'inanition des malades dans les formes plus graves où elle dépend des lésions de la cellule hépatique. Dans ce cas, en effet, elle n'est plus modifiable par le glucose ou par les substances glycuronico-formatrices.

D. en conclut qu'on peut, par le moyen de cette réaction, se faire une idée très exacte de la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique, et ses observations lui ont permis de constater qu'une réaction faible et persistante est l'indice d'un processus infectieux à évolution particulièrement grave.

Dans les formes de moyenne gravité où la protéinothérapie donne souvent des résultats intéressants, c'est en restaurant la fonction de conjugaison et en augmentant ainsi définitivement la capacité de la cellule hépatique qu'agit cette méthode thérapeutique.

Henri Vignes.

Domizio Taraschi. ***Fibromes utérins multiples, sous-séreux et interstitiels, avec un noyau à développement intraligamentaire et gestation extra-utérine.*** — On observe, de temps à autre, l'association d'un fibrome et d'une gestation extra-utérine, mais il est bien rare que cette association ait été diagnostiquée avant l'opération.

Par ailleurs, toute une série d'auteurs ont discuté pour savoir s'il y avait un rapport de causalité entre ces affections et si, par exemple, une compression de la portion interstitielle de la trompe pouvait expliquer le retard de la migration de l'œuf.

De 1906 à 1922, il y a eu à la clinique obstétricale et gynécologique de Milan, 10 cas restés inédits où il y avait coexistence de ces deux lésions. Mais, la plupart du temps, il s'agissait de petits noyaux fibromateux fortuitement constatés au cours d'une laparotomie pour gestation extra-utérine.

La malade, que l'auteur a observée dans le service du professeur Maccabruni, était âgée de 40 ans et n'avait aucun antécédent particulier. Ses règles avaient toujours été régulières mais étaient devenues plus abondantes au cours des derniers mois.

En 1911, une gestation normale.

Le 18 Février, douleur brusque, diffuse dans l'hypogastre, avec tendance syncopale et perte de sang goutte à goutte par les organes génitaux.

Après cet incident, il persiste un endolorissement léger, mais surtout la femme remarque qu'il se développe une tumeur notable dans son bas-ventre; elle maigrit, mais elle n'a jamais de fièvre.

Le 3 Avril, lorsqu'elle entre à l'hôpital, on constate qu'elle a un gros abdomen globuleux, lié à l'existence d'une grosse tuméfaction arrondie et irrégulière à sa partie inférieure. Cette masse remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; sa consistance est dure et légèrement élastique; on peut la mobiliser un peu dans le sens latéral, mais elle est absolument immobile dans le sens vertical. Unie à elle, à gauche, on constate une autre masse mobile, grosse comme une mandarine. De plus, il existe des noyaux multiples sur la masse principale.

Le vagin ne présente aucune des modifications propres à la gestation. Par le toucher combiné au palper, on constate une autre tumeur, grosse comme une mandarine, derrière le pubis et une autre encore qui descend dans le cul-de-sac gauche.

On fait le diagnostic de fibrome avec certitude et, accessoirement, de gestation extra-utérine ou de dégénérescence maligne à cause de l'amaigrissement et du teint. On décide de pratiquer une hystérométrie et on constate que la cavité utérine est ample, vide, irrégulière. Un coup de curette permet une biopsie qui montre une déciduale sans villosité, mais les cellules déciduales sont petites et non aplaties. Dans ces conditions, on conclut à une gestation extra-utérine.

L'opération a lieu le 9 Avril; il n'y a pas de sang dans l'abdomen, on trouve des fibromes multiples et la masse est difficile à extérioriser du fait de ses adhérences au pelvis. En la basculant en avant, on voit qu'il existe en arrière une trompe gravide. On sectionne le ligament rond du côté gauche, on entre dans le ligament large où il y a un noyau intraligamentaire, et on finit par lier le pédicule utéro-ovarien de ce côté ; on sectionne alors le ligament rond droit et le pédicule utéro-ovarien droit ; on mobilise petit à petit l'utérus et on lie les utérines. On termine en sectionnant le col. Phlébite dans les suites opératoires.

La masse extirpée pèse 1.100 gr. ; on constate plusieurs fibromes sous-séreux et interstitiels. Sur l'ovaire droit, il existe un corps jaune; dans la trompe droite, il y a un gros œuf. Ce pavillon est complètement soudé. Il y a une épaisse déciduale dans la cavité utérine. L'œuf est situé dans la partie ampullaire de la trompe ; il contient un embryon de 3 mois, bien conservé. Les villosités n'ont aucune tendance perforante, mais il existe entre l'œuf et la paroi tubaire de petits hématomes. La tunique musculaire de la trompe est hypertrophiée et il existe entre les faisceaux musculaires des groupes de cellules déciduales.

En résumé, ce cas a un réel intérêt clinique, étant donné qu'un diagnostic exact avait été porté avant l'intervention, mais il ne fournit aucune précision sur le problème de savoir si le fibrome a eu un rôle dans le déterminisme de l'implantation tubaire.

Henri Vignes.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(Philadelphie)

Tome CLXVI, n° 2, Août 1923.

W. S. Ladd et W. W. Palmer. ***L'emploi des graisses dans le diabète et le rapport graisses-hydrates de carbone.*** — Chaque gramme de protéine métabolisé produit plus de la moitié de son poids d'hydrates de carbone. Il est donc indiqué dans le diabète d'employer les graisses comme source principale d'énergie; mais la combustion complète des graisses est limitée par la quantité d'hydrates de carbone que l'organisme peut utiliser, du glycose devant être brûlé pour oxyder les graisses jusqu'au terme CO^2. Une oxydation incomplète conduit à la production de corps acétoniques, responsables des accidents d'acidose. Aussi était-il de règle de ne donner que peu de graisses aux diabétiques, malgré les avantages qu'offrent leur haute valeur calorique et leur action d'épargne sur les protéines. Il serait pourtant désirable de les employer en aussi grande quantité que possible sans déterminer d'acidose marquée. On peut le faire sans danger si l'on connaît la quantité de graisse qui est complètement oxydée grâce à l'oxydation d'une quantité donnée d'hydrates de carbone.

L. et P. se sont proposés de déterminer s'il s'agit d'un rapport fixe dans cette relation entre les graisses et les hydrates de carbone, si ce rapport est semblable chez les sujets sains et chez les diabétiques, s'il est le même chez tous les diabétiques et, en ce cas, s'il existe des limites à son application au régime de ces malades.

L. et P. ont fait porter leurs recherches sur 1 sujet normal et sur 11 cas de diabète non compliqué. L'urine ayant été débarrassée de sucre et de corps acétoniques, grâce à un régime approprié, et la tolérance ayant été déterminée, ils ont donné au sujet un régime dont la valeur en calories était calculée de façon à maintenir l'équilibre azoté. Les hydrates de carbone et les graisses étaient alors donnés en quantités isodynamiques variables, en commençant par une quantité relativement élevée d'hydrates de carbone et en augmentant peu à peu les graisses jusqu'à apparition des corps acétoniques dans l'urine, les protéines restant constantes.

L. et P. ont constaté ainsi que le rapport hydrocarbonés-graisses ou rapport antiectogène-cétogène, au delà duquel les corps acétoniques ne sont plus complètement oxydés, semble fixe et est le même chez les diabétiques que chez les sujets normaux. Si ce rapport est calculé d'après les hydrocarbonés des aliments + 58 pour 100 de protéines et d'après les graisses en grammes, il est de 1,4, c'est-à-dire :

$$\frac{G}{F} = \frac{\text{graisses en grammes}}{\text{0 gr. 58 protéines + hydrocarbonés en gr.}} = \frac{1}{4},$$

Cette formule, parmi celles qu'ont étudiées L. et P., s'est montrée la plus pratique pour calculer les régimes dans lesquels on désire réaliser un apport calorique maximum avec un minimum d'hydrates de carbone.

En somme, on peut introduire des quantités de graisses relativement grandes dans le régime des diabétiques sans danger, mais en tenant compte des restrictions suivantes : le sucre et les corps acétoniques disparaissent plus vite de l'urine par la sous-alimentation poussée jusqu'au jeûne que par un régime comportant la quantité de graisses exogènes susceptible d'être oxydée; d'autre part, il y a lieu de surveiller de près tout diabète grave dans lequel le rapport n'est pas bien dans les limites de 1 à 4 ; enfin, en présence d'une infection ou d'une acétonurie déjà sévère, les grosses doses de graisses ne sont pas recommandables.

P.-L. Marie.

H. Fox et D. L. Fairlen. ***Classification simple des hypertrophies ganglionnaires basée sur la biopsie.*** — F. et F., qui ont eu à étudier les biopsies ganglionnaires de 65 malades dont 10 furent autopsiés, ont classé leurs résultats d'après le ou les types cellulaires prédominants et d'après les rapports de ces cellules les unes avec les autres et avec l'architecture ganglionnaire normale. Ils sont arrivés ainsi à établir des tableaux synoptiques, malheureusement impossibles à reproduire ici, permettant une déter-

mination plus facile de la nature de l'hypertrophie ganglionnaire en cause et simplifiant en même temps la terminologie si touffue.

Les caractères pathologiques fondamentaux de la classification se réduisent à 3 : hyperplasie, modifications néoplasiques et inflammatoires associées, inflammation. Il y a lieu d'y joindre les caractères cliniques de bénignité et de malignité, qui permettent de faire des subdivisions dans les 3 groupes déjà constitués; ils sont indispensables à connaître pour la classification de certaines adénopathies, en particulier des adénopathies leucémiques et néoplasiques. Partant de cette double base de classification, F. et F. constituent 5 groupes pathologiques, englobant eux-mêmes les 15 variétés spécifiques auxquelles on peut réduire les diverses hypertrophies ganglionnaires. Ces 5 groupes sont pour l'hyperplasie : le *lymphome* (de nature bénigne), comprenant le lymphome proprement dit (status lymphaticus), le lymphadénome, la fièvre ganglionnaire; la *leucémie* (de nature maligne) comprenant la leucémie proprement dite et l'aleucémie ou lymphomatose généralisée; les *néoplasies* (de nature maligne), comprenant le leucosarcome, le lymphosarcome, le sarcome réticulaire, l'endothéliome. Les modifications néoplasiques et inflammatoires (de nature maligne) répondent au *lympho-granulome* avec ses 2 types, cellulaire et fibreux. Enfin le groupe des inflammations est représenté par les *adénites* (de nature bénigne) avec les types suivants : simple, suppuré, tuberculeux, syphilitique. Les associations possibles des divers types spécifiques sont signalées. Puis, pour chacun de ces types, un second tableau met en relief les caractères histologiques présents ou absents. Enfin, dans un 3e tableau, sont groupés les caractères cliniques et les lésions macroscopiques qui peuvent servir de critères pour le diagnostic différentiel.

P.-L. Marie.

Y. Izawa (d'Okayama). ***Contribution à la physiologie de la glande pinéale.*** — Malgré les résultats contradictoires qu'a donnés l'extirpation de l'épiphyse, il semble à peu près établi que le poids corporel et la taille des testicules, la crête chez le coq, les vésicules séminales chez le cobaye, s'accroissent plus rapidement que chez les témoins. Par contre, aucune modification notable n'a été observée jusqu'ici chez les femelles.

I. a enlevé l'épiphyse chez 36 jeunes poulets; 4 seulement ont survécu, 3 mâles et 1 femelle. Après l'opération, leur croissance subit d'abord un retard, mais, au bout d'un mois, ils commencèrent à se développer beaucoup plus vite que les témoins; la crête, le chant apparurent bien plus tôt que chez ces derniers. Les animaux furent sacrifiés de 130 à 220 jours après l'opération. Les organes génitaux mâles étaient bien plus volumineux chez les opérés. Microscopiquement les tubes séminifères étaient dilatés et renfermaient plusieurs rangs de cellules épithéliales à tous les stades de la spermatogenèse, tandis que ceux des témoins étaient petits et tapissés d'un petit nombre de rangées de cellules épithéliales indifférenciées. Chez la poule dépourvue de glande pinéale, l'ovaire et la trompe étaient aussi plus développés que chez les témoins. L'ovaire, chez la première, présentait des follicules volumineux qui faisaient défaut chez les animaux de contrôle. Du côté des autres glandes endocrines, il n'existait que des différences insignifiantes entre les opérés et les témoins. La glande pinéale semble donc avoir pour rôle principal de refréner le développement prématuré des organes sexuels aussi bien chez la femelle que chez le mâle. Ces résultats, en ce qui concerne les mâles, concordent avec ceux de Foa et de Zoja, mais ces expérimentateurs n'avaient pas constaté de modifications chez les femelles.

P.-L. Marie.

H. M. Feinblatt. ***Etude de la créatininémie basée sur 1.500 analyses.*** — F. a fait 1.500 analyses de sang dans le but de doser la créatinine chez des malades d'hôpital. Ces cas ne furent pas choisis, F. s'étant proposé d'étudier la valeur de la rétention de la créatinine. La quantité normale de la créatinine, remarquablement constante, est de 1 à 2 milligr. pour 100. Myers et Chace, qui attachent une grande valeur pronostique au taux de la créatinine sanguine, considèrent un taux de 2 milligr. 5 comme déjà suspect et 5 milligr. comme un indice certain de mort à bref délai.

Chez 43 malades de F., la créatinine dépassait 2 milligr. 5 pour 100. L'analyse clinique révéla qu'il existait chez tous des signes évidents d'insuffisance rénale. Le diagnostic fait dans 40 cas était celui de glomérulo-néphrite; dans les 3 autres cas il s'agissait d'anuriques.

14 sujets avaient 10 milligr. ou plus pour 100; tous moururent en 17 jours au plus, la survie moyenne étant de 4 jours. Parmi 15 patients qui avaient de 5 à 10 milligr., 11 moururent en 17 jours (moyenne : 6 jours); 3 autres moururent depuis, l'un d'eux, d'une hémorragie cérébrale survenue après le retour de la créatinine à une valeur normale.

Des 21 malades ayant de 2,5 à 5 milligr., 16 sont morts à l'heure actuelle.

La rétention uréique marche en général de pair avec celle de la créatinine. L'azotémie permet une appréciation pronostique de l'état des malades plus fine et plus précoce que la créatininémie. La rétention d'acide urique, par contre, n'a guère de valeur pronostique et ne fournit pas, contrairement à ce que Myers avait pensé, un bon critère de l'insuffisance rénale à ses débuts.

P.-L. Marie.

A. de Besche (de Christiania). ***Recherches sur les réactions des asthmatiques et sur la transmission passive de l'hypersensibilité.*** — On sait, aujourd'hui, que certains asthmes sont l'expression d'une hypersensibilité aux protéines étrangères. Ce sont les asthmes anaphylactiques.

La cuti-réaction est un bon moyen d'établir la nature anaphylactique d'un asthme. B. l'a pratiquée avec les antigènes les plus variés chez 86 malades. Les réactions positives les plus fréquentes furent fournies par les extraits de protéines de cheval (23 cas), et il est intéressant de noter que ces résultats correspondaient avec les notions qu'avaient les malades sur la cause de leur asthme. Les sujets réagissant aux extraits microbiens étaient de vieux asthmatiques atteints de bronchite chronique. Parmi 3 malades qui réagissaient aux extraits de noix, l'un, lorsqu'il mangeait ces fruits, présentait de l'asthme, du gonflement de la muqueuse bucco-pharygée et de la conjonctive; les autres avaient ces derniers symptômes, mais les troubles respiratoires étaient moins marqués; l'un d'eux éprouvait les mêmes phénomènes en mangeant des poires et des pommes.

Parmi les 23 asthmatiques donnant une cuti-réaction positive aux extraits de cheval, 10 donnèrent le même résultat lors de la cuti-réaction au sérum équin, et tous présentèrent une réaction conjonctivale positive (attouchement de la conjonctive avec le doigt passé sur les poils d'un cheval). Ces sujets ne réagissaient pas lors de la cuti-réaction au sérum de mouton. Ainsi s'expliquent les accidents parfois graves qui suivent l'injection thérapeutique de sérum de cheval chez les asthmatiques, et la préparation d'un sérum antidiphtérique de mouton serait très indiquée pour pouvoir traiter les asthmatiques sans danger. A noter que l'hypersensibilité, spécialement aux protéines de cheval, est souvent familiale.

Fait intéressant, bien mis en relief par les expériences de B., l'hypersensibilité peut être transmise au moyen du sérum de l'asthmatique; on réalise ainsi une anaphylaxie passive. On connaissait déjà le cas remarquable de Ramirez où, un homme ayant été transfusé avec le sang d'un asthmatique sensible aux émanations du cheval, fit ensuite des accès d'asthme au contact des chevaux. Dans 4 cas d'asthme équin, B. a pu anaphylactiser le cobaye vis-à-vis du sérum de cheval en lui injectant du sérum des malades; de même, avec le sérum de chat dans le cas d'un asthmatique sensible aux émanations de cet animal. Dans 5 autres cas d'asthme équin, la transmission de l'hypersensibilité échoua; il est à noter que, contrairement aux premiers sujets, ceux-ci ne réagissaient pas au sérum de cheval, mais seulement aux poils et à l'épiderme de cheval; ils paraissent donc moins sensibles.

D'autre part, B. a pu, au moyen du sérum des asthmatiques, créer une hypersensibilité locale au sérum de cheval, au niveau de la peau de sujets normaux. Il injecte dans le derme 0 cmc 1 de sérum provenant d'un patient atteint d'asthme équin et, 24 heures après, 0 cmc 1 de sérum de cheval au même niveau; 5 minutes après, il se développe un placard rouge et prurigineux qui persiste plusieurs heures tandis qu'il ne se produit aucune réaction au niveau des zones où on a injecté auparavant du sérum de sujet normal ou de l'eau salée. Le sérum d'asthmatique renferme donc des substances capables de produire une hypersensibilité locale.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHN HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Tome XXXIV, n° 392, Octobre 1923.

J. G. Huck. *L'anémie à hématies falciformes.* — Sous ce nom, H. décrit une affection sanguine nouvelle, de nature héréditaire, se transmettant suivant les lois de Mendel et aussi fréquemment par les hommes que par les femmes, les frappant également les uns et les autres, et caractérisée par l'aspect spécial, en faucille ou en croissant, que prennent les hématies *in vitro*. Tous les cas observés jusqu'ici l'ont été chez des noirs des Etats-Unis. Aux 6 cas déjà publiés, H. en ajoute 14 nouveaux. La maladie ne semble donc pas rare, mais elle a été méconnue jusqu'ici. L'âge des malades s'échelonne entre 3 et 25 ans.

L'anomalie sanguine apparaît dans les préparations de sang frais lutées à la vaseline. L'examen immédiat ne révèle que peu d'hématies falciformes, mais si l'on attend de 6 à 24 heures, on trouve de 25 à 100 pour 100 de globules, selon la gravité de la maladie, qui prennent l'aspect de croissants ou d'autres formes bizarres. Les globules oscillent entre 1.500.000 et 4 millions; l'hémoglobine est également diminuée, entre 30 et 65 pour 100. La valeur globulaire est d'ordinaire normale, parfois élevée. Sur les frottis colorés, on note une anisocytose modérée et une poïkilocytose se traduisant surtout par la présence des hématies falciformes. Il existe une polychromatophilie de degré moyen. Les hématies granuleuses sont nombreuses. On peut trouver des globules rouges nucléés des diverses variétés. La résistance globulaire est légèrement diminuée. Il existe une leucocytose légère; la formule leucocytaire n'a rien de caractéristique. La présence de myélocytes est inconstante. Particularité remarquable, certains mononucléaires et parfois un grand nombre, renferment des globules rouges phagocytés. Le chiffre des plaquettes est élevé. La coagulation se fait normalement; le sérum contient de la bilirubine en excès.

Cliniquement, la maladie se caractérise surtout par l'anémie et des ulcérations des jambes. Il faut distinguer des formes latentes où tout symptôme fait défaut, à part une très légère anémie et l'aspect spécial des hématies, des formes légères que caractérisent une anémie modérée, de la faiblesse et une fatigabilité rapide survenant par périodes et disparaissant par le repos, des douleurs musculaires et articulaires, enfin des formes graves où l'on trouve des signes d'anémie marquée (essoufflement, œdème malléolaire, lassitude, inaptitude au travail, etc.), des douleurs musculaires et de la raideur, souvent des douleurs épigastriques aiguës après les repas, coexistant d'ordinaire avec de l'anachlorhydrie, enfin des ulcérations des jambes, survenant parfois après le moindre choc, rappelant beaucoup les ulcères syphilitiques par leur forme arrondie, leurs bords taillés à pic et indurés, leur surface dépourvue de débris nécrosés. La fièvre est habituelle, modérée et vespérale; l'urine est souvent albumineuse, riche en urobiline. Le pouls est fréquent; la tension artérielle basse. On ne constate ni splénomégalie ni augmentation marquée du volume du foie, mais il existe un subictère conjonctival constant. La maladie évolue lentement, entrecoupée de rémissions et de rechutes qui durent de 3 à 6 semaines, marquées par la reprise de la fièvre et l'accentuation de l'affaiblissement. La mort survient souvent du fait des infections secondaires (pneumonie, angine surtout) auxquelles les malades sont particulièrement sujets. Rarement ils dépassent l'âge de 30 ans.

La syphilis, d'abord incriminée, n'intervient pas dans la pathogénie. Toutes les tentatives faites dans le but de transmettre la maladie à l'animal ont échoué. L'aspect caractéristique des hématies semble relever d'une propriété inhérente aux cellules elles-mêmes, et non d'une substance spéciale contenue dans le sérum. Il est possible qu'il s'agisse là d'un phénomène de tension superficielle, ne se produisant pas de façon accentuée dans le sang circulant. En tout cas, le sérum des malades reste sans effet sur les hématies normales ou provenant d'autres affections sanguines.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIII, nº 32, 11 Août 1923.

E. Juster. ***Le facteur sympathique de la crise nitritoïde, crise vagotonique.*** — L'expérimentation physiologique et la thérapeutique montrent que la crise nitritoïde de Milian est une crise de déséquilibre du système végétatif à prédominance vagotonique. J. s'est demandé si les sujets qui font des crises nitritoïdes nettes étaient en état de vagotonie et si la crise elle-même présentait les caractères sémiologiques de l'état vagotonique. Il a utilisé pour ses recherches le réflexe oculo-cardiaque.

Or, chez tous les intolérants au 914 en injections intraveineuses qu'il a examinés avant qu'on leur fasse l'injection, le réflexe oculo-cardiaque s'est montré extrêmement positif. Il en fut de même au cours des crises.

Inversement, J. a assisté à une crise sympathicotonique survenue à la suite de l'ingestion d'adrénaline : il y avait inversion forte du réflexe oculo-cardiaque.

La crise nitritoïde est donc une crise vagotonique, qui se passe chez un sujet en état de vagotonie. Chez des sujets en état de vagotonie, présentant un réflexe oculo-cardiaque très positif, il faut être très prudent dans l'administration de l'arsénobenzol; l'adrénaline est formellement indiquée avant l'injection de 914, mais il importe, de plus, de donner un traitement de fond à ces vagotoniques, traitement qui consiste dans l'administration de la belladone à dose suffisante (au moins 3 des pilules dites de Trousseau par jour). Ainsi pourra-t-on voir diminuer et peut-être éviter les crises nitritoïdes. L. Rivet.

Nº 36, 8 Septembre 1923.

P. Lereboullet. ***Les pneumococcies prolongées de l'enfance.*** — Ces pneumococcies peuvent réaliser plusieurs types.

On peut voir d'abord des *pneumonies prolongées* : pneumonie migratrice ou serpigineuse d'Hutinel, pneumonie double ou massive, pneumonie à foyers récidivants, pneumonie à rechutes, pneumonies prolongées à foyer unique, pneumonie à forme typhoïde (Comby). Dans d'autres cas, la pneumonie évolue, puis la fièvre reprend suivant un type intermittent. Dans un cas observé par L. chez une fillette de 10 ans, après une pneumonie à évolution cyclique en sept jours, l'enfant fit pendant vingt-quatre jours une fièvre à courbe intermittente due au même germe, mais dans laquelle, au lieu de provoquer un seul foyer pneumonique, le pneumocoque a entraîné la formation d'une série de petits noyaux d'infection lobulaire, avec fortes élévations de température, mais sans gravité. La malade guérit complètement et, pendant toute l'évolution, la plèvre demeura indemne.

Ces pneumonies prolongées sont exceptionnelles. Mais elles peuvent être, notamment chez le nourrisson, causes d'erreurs de diagnostic. MM. Weill et Gardère ont particulièrement étudié ces *pneumonies prolongées du premier âge*, et distingué deux cas, suivant qu'il existe des foyers successifs avec manifestations nouvelles correspondantes, ou que le foyer reste localisé alors que la fièvre est prolongée. Dans certains cas, on observe une fièvre à grandes oscillations, avec retentissement minime sur l'état général. Dans d'autres cas, c'est une pneumonie du sommet anormalement prolongée. Dans d'autres, enfin, il se produit une série de petits foyers de congestion pulmonaire qui font penser à une broncho-pneumonie tuberculeuse, surtout quand l'enfant présente un mauvais état général.

Dans d'autres cas, la prolongation de la pneumococcie tient à l'apparition de *manifestations pleurales*: il s'agit assez souvent de pleurésie interlobaire, pouvant guérir par vomique, ou de pleurésie de la grande cavité. Netter a bien montré l'importance diagnostique en pareil cas des oscillations fébriles. alors que les signes physiques sont souvent trompeurs ; il importe d'avoir recours à la radioscopie et à la ponction exploratrice. L'évolution est parfois fort longue, pouvant simuler la tuberculose.

Il est des cas où la pneumococcie s'accompagne de *septicémie pneumococcique prolongée*. Dans un cas de Turettini, chez un enfant de 4 mois 1/2, après des signes passagers d'hépatisation du sommet, l'enfant présenta, sans aucun signe stéthoscopique, de la fièvre par poussées, qui dura plus de six mois. L'hémoculture, pratiquée six mois après le début, révéla de nombreux pneumocoques. Malgré sa fièvre, l'enfant continua à prendre du poids. Weill et Gardère ont bien insisté sur les septicémies pneumococciques sans localisations chez le nourrisson.

Mais dans d'autres faits, il y a des localisations secondaires ou initiales : rhino-pharyngites aiguës, manifestations ostéo-articulaires, arthrites suppurées, myélite pneumococcique

Le diagnostic de ces formes traînantes est surtout difficile avec la tuberculose.

Au point de vue thérapeutique, L. conseille la sérothérapie antipneumococcique par voie intramusculaire ou sous-cutanée. On peut aussi avoir recours à des autovaccins. A l'hôpital, ces enfants doivent être isolés. Dès qu'améliorés, il importe de les envoyer au grand air et de traiter les séquelles possibles. broncho-pulmonaires ou autres.

L. Rivet.

Nº 39, 29 Septembre 1923.

Marcel Garnier et J. Reilly. ***Conception nosologique des ictères typho-paratyphiques.*** — Avant la guerre, on attribuait aux infections typho-paratyphiques un rôle important dans la pathogénie des ictères aigus. Les observations faites pendant la guerre n'ont pas confirmé cette façon de voir : sur 1.300 cas d'ictères aigus, G. et R. n'ont pu rattacher que 4 cas à une infection éberthienne ou paratyphique; dans ces cas, la maladie se présentait cliniquement comme une fièvre typhoïde compliquée d'ictère d'ailleurs peu intense.

Sacquépée au contraire admet la grande fréquence et le polymorphisme clinique des ictères typho-paratyphiques. Sur quoi peut-on se baser pour admettre une telle pathogénie ?

La simple recherche de l'agglutination est insuffisante. Il en est de même pour l'hémoculture, qui est susceptible de déceler une simple infection secondaire à bacilles paratyphiques : ceux-ci végétant dans les voies biliaires peuvent en effet essaimer dans le sang, au titre de microbes de sortie, chassés des voies biliaires à la faveur d'une infection d'autre nature, spirochétose ictéro-hémorragique par exemple. On connaît dans le même ordre d'idées l'histoire du *bacillus ictéroïdes* de Sanarelli dans la fièvre jaune.

On a invoqué la jaunisse des camps, très contagieuse, dans laquelle l'hémoculture a décelé des bacilles paratyphiques. Or, il s'agit là d'une affection très contagieuse, bien différente des paratyphoïdes; de plus, dans les épidémies, on n'a pas vu intercalées de paratyphoïdes ordinaires, alors que dans les épidémies de paratyphoïdes, on n'a vu que bien peu de jaunisses. Les bacilles isolés étaient d'ailleurs un peu spéciaux. Ces épidémies d'ictère ont été fréquentes dans les armées roumaines, vaccinées, alors qu'elles manquèrent dans les armées turques non vaccinées. Pour Sacquépée, ceci est le résultat d'une vaccination insuffisante : or, les ictères typhiques ou paratyphiques furent exceptionnels dans les armées françaises vaccinées.

Sacquépée tient grand compte de l'expérience cruciale de Cantacuzène : G. et R. estiment qu'elle montre simplement que l'absorption d'une grande quantité de bacilles paratyphiques B détermine des phénomènes d'angiocholécystite pouvant s'accompagner d'ictère, mais elle ne reproduit pas l'ictère épidémique.

L'origine paratyphique de l'ictère épidémique n'est donc nullement démontrée; les germes paratyphiques trouvés dans le sang en pareil cas sont vraisemblablement des germes de sortie et l'agent réel de la maladie est encore inconnu.

En somme, l'ictère typhique ou paratyphique ne possède, disent G. et R., aucune individualité nosologique; il doit être relégué aux complications accidentelles de l'infection par ces microbes; il ne mérite pas d'occuper une place parmi les différents types d'ictère infectieux. L. Rivet.

Nº 42, 20 Octobre 1923.

H. Claude et A. Ceillier. ***Fugues urémiques.*** — C. et C. relatent deux observations intéressantes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 73 ans, chez lequel on peut sans aucun doute rattacher la fugue au mal de Bright, sans qu'on puisse établir avec précision la part qui revient aux lésions artérielles, à l'hypertension et à l'insuffisance rénale; ce malade succomba deux mois plus tard, à la suite d'un ictus apoplectique. Le deuxième malade, un homme de 47 ans, a pu être suivi et guéri par le traitement; sa tension, qui était après la fugue de 30-15, est tombée progressivement à 22-13,5; l'urée du sang, de 1 gr. 15 au début, est tombée à 0 gr. 54 après un mois et demi de régime.

Chez ces deux malades, la fugue a présenté les caractères de la fugue épileptique et a été complètement amnésique. La fugue du premier malade a duré plusieurs jours, celle du deuxième vingt-six heures. Le premier est revenu de Monte-Carlo à la ville qu'il habitait aux environs de Paris, et certains détails de cette fugue, reconstituée après coup, montrent jusqu'à quel point des actes absolument inconscients et automatiques peuvent être complexes et bien coordonnés.

Ces cas n'ont pas seulement un intérêt théorique, mais aussi un intérêt pratique et un intérêt médico-légal de premier ordre. La thérapeutique fut efficace pour le second malade, et c'est grâce à la fugue qu'on a pu reconnaître l'affection cardio-rénale insoupçonnée jusqu'ici.

Un sujet de ce genre peut, au cours de sa fugue, commettre un crime ou un délit et affirmer ensuite ne se souvenir de rien. L'expert, ne constatant aucune maladie nerveuse ou mentale, aucune épilepsie, est tenté de conclure à la simulation et à la responsabilité entière de l'inculpé, alors qu'elle est nulle.

Ces troubles paraissent causés par un état psychopathique d'ordre toxique, urémique, comme il s'en produit dans les états confusionnels toxi-infectieux ou alcooliques. L. Rivet.

J. Lhermitte et Nicolas. ***La démence sénile et ses formes anatomo-cliniques.*** — En face d'un vieillard atteint de déchéance psychique, il importe de s'efforcer de déterminer l'intensité, l'étendue et la qualité des lésions encéphaliques, base fondamentale de tout état démentiel. Il n'y a pas une, mais des démences séniles, qui doivent être classées en deux groupes : d'une part la démence sénile pure, indépendante des modifications vasculo-méningées inflammatoires, dégénératives ou hyperplasiques et, d'autre part, les démences liées aux adultérations diverses qui, si fréquemment, atteignent l'appareil circulatoire du vieillard. L. et N. n'envisagent que le premier groupe.

La *démence sénile pure* comprend deux types cliniques principaux : la sénescence psychique, sorte de prédécadence sénile, et la sénilité psychique ou démence sénile simple, pouvant se compliquer d'érotisme sénile, d'agitation nocturne avec idées délirantes, etc., avec puérilité, faible systématisation. Cette démence sénile est fatalement progressive, avec souvent des phases d'aggravation brusque. A la fin, les idées délirantes s'effritent et s'effacent, le langage devient incohérent, puis incompréhensible. Mais on ne constate aucun trouble somatique.

Anatomiquement, on trouve une atrophie diffuse de l'écorce cérébrale, indépendante des altérations du réseau vasculaire. Histologiquement, il y a régression atrophique, dégénération des cellules nerveuses et hyperplasie d'intensité variable de la trame névroglique, avec d'autres lésions comme les plaques séniles.

A côté de la démence sénile pure, il faut décrire des *démences séniles complexes*. Un premier type est réalisé par la *démence presbyophrénique* de Wernicke dans laquelle il existe des troubles profonds de l'attention, de la mémoire, la désorientation temporelle et spatiale compliquée de fabulation et de fausses reconnaissances contrastant avec la conservation relative du jugement et de l'activité psychique, le malade devenant, au bout de quelques années, un automate rabâcheur, jusqu'à la déchéance finale. Dans un second type dit *maladie d'Alzheimer*, il se surajoute à ces

troubles des altérations du langage : incohérence, achoppement syllabique, et finalement une véritable dysarthrie ; le malade présente souvent une agressibilité violente ; souvent apparaissent des phénomènes qui évoquent l'idée d'une ou de plusieurs lésions cérébrales en foyer.

Ces types correspondent aux lésions suivantes : plaques séniles de Redlich-Fischer, sphérotrichose cérébrale ; dégénération neurofibrillaire d'Alzheimer; dégénération à grosses granulations des cellules corticales.

Dans les démences séniles complexes, L. et N. décrivent encore la *sclérose diffuse atrophique de la corticalité cérébrale* et la *démence par atrophie corticale circonscrite* de Pick. Ils rappellent enfin la fréquence dans les asiles de vieillards des *démences séniles avec paraplégie*. L. Rivet.

N° 43, 27 Octobre 1923.

E. Marchoux. *La lèpre du rat et sa transmission probable à l'homme.* — Jusqu'ici la culture du bacille de Hansen en série n'a pas réussi et l'inoculation aux animaux est restée infructueuse.

Or, parmi la population murine des égouts de Paris, on rencontre parfois des animaux qui sont atteints d'une affection découverte en 1905 par Stefansky : cette maladie ressemble presque trait pour trait à la lèpre humaine par les symptômes, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la marche et même la terminaison, car les rats ne meurent généralement pas de la lèpre, mais d'une affection intercurrente. Le germe étiologique ressemble trait pour trait au bacille de Hansen, avec cette différence qu'au lieu d'être disposé dans la cellule en paquets de cigares, il y est disséminé sans ordre, en amas d'épingles : ce bacille de la lèpre des rats est très facilement inoculable, non seulement au rat d'égout, mais aussi au rat blanc d'élevage et même à la souris.

C'est un transport rapide des germes qui permet leur passage d'un animal à un autre. Dans tous les cas où le virus passe par le revêtement cutané, l'infection débute par les ganglions sous-cutanés auxquels se rendent les lymphatiques de la région contaminée. C'est par une porte d'entrée cutanée que s'introduit le virus dans la nature, car, si le nombre des rats trouvés dans les égouts de Paris atteints de lèpre complète est seulement de 0,60 pour 100, celui des rats infectés discrètement, de façon latente, au niveau de quelques groupes ganglionnaires, est de 5 pour 100; l'infection passe de l'un à l'autre par contacts au niveau de lésions cutanées.

La lèpre humaine, comme la lèpre du rat, débute par les ganglions, où elle peut rester cantonnée plus ou moins longtemps, cette étape expliquant la longue période de latence appelée incubation.

M. a pratiqué récemment l'autopsie d'un homme lépreux : des fragments de sa pulpe splénique furent inoculés à des lapins, des cobayes, des rats. Alors que les deux premières espèces animales supportèrent l'inoculation sans aucun trouble, 5 rats sur 6 contractèrent une maladie qui évolua à la manière de la lèpre des rats. Il paraît logique de penser qu'inversement l'inoculation de la lèpre du rat à l'homme serait possible.

L'auteur pense que le bacille de la tuberculose, qui ne cultive bien que sur milieux presque exclusivement végétaux, est d'origine végétale, alors que le bacille de la lèpre, plus exigeant et ne se multipliant facilement que dans les tissus lépreux, est d'origine animale et proviendrait du rat. Le bacille de la lèpre est vraisemblablement un germe anaérobie, et ceci expliquerait peut-être pourquoi, contrairement au bacille de la tuberculose qui se développe particulièrement bien dans le milieu très oxygéné du poumon, on voit le bacille de la lèpre déserter cet organe et se cantonner dans le tissu conjonctif sous-cutané ou dans la profondeur des organes abdominaux.

L. Rivet.

LE PROGRÈS MÉDICAL

(Paris)

N° 35, 1er Septembre 1923.

Félix Ramond. *Les ulcères gastriques infectés.* — L'infection au pourtour d'un ulcère gastrique peut se traduire par des lésions allant de la simple infiltration leucocytique de la paroi à une véritable gastrite phlegmoneuse. Sous le péritoine apparaissent des vaisseaux lymphatiques volumineux aboutissant à des ganglions hypertrophiés. Les recherches microbiennes dans l'épaisseur des parois infectées sont cependant habituellement sans résultat.

Ce sont les ulcères peu acides qui s'infectent le plus. Aussi l'infection se voit-elle surtout dans les ulcères hypochlorhydriques, les ulcéro-cancers, les cancers gastriques.

Les alternatives cliniques d'aggravation et d'amélioration proviennent en grande partie de poussées infectieuses évolutives, dont chacune aggrave l'ulcère, qui gagne en surface et en profondeur après chaque infiltration embryonnaire.

Les ulcères largement infectés sont souvent rebelles à la médication et au régime le mieux conduit. Il y a le même danger à opérer un ulcère infecté qu'à opérer une appendicite à chaud ; aussi, sauf urgence, vaut-il mieux attendre la sédation des poussées infectieuses lymphatiques.

Tout ulcéreux qui est pris violemment de douleurs gastriques, avec irradiations dorsales, de vomissements inaccoutumés, d'une accentuation marquée de ses brûlures et de son pyrosis, avec défense musculaire épigastrique anormale et parfois légère élévation thermique, fait presque sûrement une poussée évolutive ; souvent le bicarbonate de soude exagère tous ces phénomènes et la prise d'un peu de lait n'amène pas le soulagement habituel. L'hématémèse termine souvent la poussée évolutive, tout comme l'hémoptysie chez certains tuberculeux, et elle procure un soulagement véritable.

Comme traitement, R. conseille : repos absolu et diète hydrique complète, sous forme d'eau glacée, pendant plusieurs jours ; goutte à goutte rectal ou sérum sous-cutané ; alcalins, si le malade les supporte ; glace en permanence devant l'épigastre ; puis quand les accidents commencent à s'amender, pansement gastrique avec une solution de gélose-gélatine, additionnée de carbonate de bismuth ou de kaolin. La reprise de l'alimentation doit être progressive et très prudente. Si le traitement médical échoue et si les poussées évolutives se répètent, il faut passer la main au chirurgien. L. Rivet.

LYON MÉDICAL

Tome CXXXII, n° 20, 25 Octobre 1923.

Ch. Roubier. *Réflexions sur un cas de mort par thrombose intracardiaque au cours du pneumothorax artificiel.* — R. relate l'observation d'une femme de 40 ans, atteinte d'une tuberculose ulcérocaséeuse droite (caverne du sommet, infiltration étendue du poumon droit) à évolution subaiguë, avec signes cliniques discrets et discutables au sommet gauche, asthénie générale, albuminurie discrète transitoire, hypertension artérielle modérée. On institua un pneumothorax artificiel droit, qui, d'abord partiel, devint bientôt total. La courbe thermique baissa dans son ensemble, sans toutefois revenir absolument à la normale.

2 mois 1/2 plus tard apparut une asthénie extrême, confinant la malade au lit, puis se transformant en une véritable torpeur avec somnolence continuelle, accélération de la respiration et du cœur au moindre mouvement, cyanose intermittente plus accusée aux extrémités, petites secousses au niveau des muscles des membres ; la tension artérielle systolique était tombée à 10 ; la courbe thermique décrivait de grandes irrégularités. Le diagnostic hésitait entre une insuffisance fonctionnelle primitive du cœur et une poussée de granulie. La mort survint rapidement, dans le collapsus cardiaque.

L'autopsie montra que le poumon droit était très comprimé par le pneumothorax, refoulé contre la colonne ; il existait des lésions très minimes du sommet gauche, probablement récentes. On constata l'existence d'une thrombose cardiaque du ventricule droit, avec nombreux caillots adhérents et organisés ; embolie de l'artère pulmonaire gauche ; petites végétations récentes sur la valvule mitrale. Reins congestifs avec lésions de néphrite. Intégrité des capsules surrénales. Ulcération du cæcum.

La thrombose intracardiaque doit être considérée comme la cause des accidents survenus pendant les derniers temps de la vie ; l'embolie pulmonaire gauche, oblitérant brusquement la circulation du seul poumon assurant la fonction respiratoire précipita l'évolution fatale.

Cette complication, certainement très rare, a été déjà signalée par Molle (d'Oran).

L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Tome XLIV, n° 44, 4 Novembre 1923.

J. Sabrazès et de Grailly. *Stomatite ulcéreuse bismuthique à bacilles fusiformes sans spirochètes. Etude des réactions sanguines dans le bismuthisme par rapport au saturnisme.* — S. et de G. relatent l'observation d'un marin de 45 ans chez qui, à la suite d'une série de 15 injections intraveineuses de novarsénobenzol, on pratiqua 12 injections intramusculaires de néo-trépol (3 par semaine). Aussitôt après la 12e injection, apparut une stomatite ulcéreuse rappelant la stomatite de Vincent, mais où l'on trouva uniquement des bacilles fusiformes, à l'exclusion de tout spirochète. La stomatite céda à des applications de novarsénobenzol et à une bonne antisepsie buccale.

Les auteurs insistent sur l'action pathogène véritablement gangreneuse du bacille fusiforme de Vincent, qui s'est montré bismutho-résistant, alors que le spirochète a été vraisemblablement détruit par le bismuth.

Il existait une polynucléose sanguine, contrastant avec les lymphocytoses et monocytoses d'un haut degré attribuées à des lésions fuso-spirillaires.

Il est facile de différencier les états à liséré bismuthique d'avec ceux à liséré saturnin. Dans le bismuthisme, il n'y a pas d'excès bien marqué d'hématies granuleuses et on ne rencontre pas d'hématies à granulations basophiles sur les frottis de sang circulant. Dans le saturnisme, au contraire, le sang accuse de l'anémie, une augmentation des hématies granuleuses et la présence d'hématies à granulations basophiles plus ou moins nombreuses. L. Rivet.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION

(Paris)

Tome XIII, n° 8, Octobre 1923.

Prof. H. Surmont et J. Tiprez (de Lille). *Les éliminations urinaires dans les sténoses pyloriques.* — S. et T. étudient les éliminations urinaires spontanées ou provoquées chez les malades atteints de sténose du pylore.

Ils montrent que l'oligurie vraie, c'est-à-dire la réduction du volume total des urines des 24 heures, est loin d'être un phénomène constant chez ces sujets. Ce que l'on observe le plus souvent, c'est une oligurie seulement orthostatique ; ce fait est mis nettement en évidence par l'épreuve de la diurèse provoquée.

Mais le phénomène majeur est l'inversion du rapport normal entre les urines du jour (orthostatiques) et celles de la nuit (clinostatiques), inversion qui se retrouve quel que soit le volume total des urines des 24 heures. Cette inversion se traduit spontanément par la *nycturie*.

L'étude des troubles urinaires dans les sténoses du pylore est susceptible de fournir des renseignements cliniques importants sur leur permanence ou leur intermittence ainsi que sur leur degré et leur évolution. Elle est particulièrement précieuse en cas d'absence de documents radiologiques. Elle permet, quand ceux-ci ont été fournis, de surveiller le fonctionnement du pylore, sans obliger à de trop fréquents examens à l'écran ; elle peut être pratiquée partout.

L. Rivet.

Arthur Hurst (de Londres). *L'anachlorhydrie et ses rapports avec l'anémie pernicieuse et d'autres maladies.* — H. entend par anachlorhydrie un état dans lequel il n'y a d'acide chlorhydrique libre ni pendant la jeûne, ni au cours de la digestion; cet état n'est nullement synonyme d'achylie gastrique. H. l'étudie notamment dans ses rapports avec l'anémie pernicieuse, dans laquelle elle est presque constante. L'anachlorhydrie précède et souvent de plusieurs années le développement de l'anémie, et elle existe quel que soit le degré de celle-ci : elle persiste alors que l'anémie a presque disparu. Dans aucune autre forme d'anémie il n'y a de modification constante de la sécrétion gastrique. L'anachlorhydrie prédispose

donc au développement de l'anémie pernicieuse. Dans 6 cas au moins, l'anémie pernicieuse avait suivi une achylie artificielle déterminée par une gastrectomie totale pour cancer.

Si l'on examine avec soin des malades atteints d'anémie pernicieuse, on reconnaît que 80 pour 100 environ présentent des signes bien nets de dégénérescence subaiguë combinée des cordons postérieurs et latéraux de la moelle. Hurst et Bell ont étudié 12 cas de dégénérescence subaiguë combinée de la moelle par la méthode fractionnée d'analyse du suc gastrique : dans ces 12 cas, l'acide chlorhydrique libre était complètement absent pendant toute la durée de la digestion. L'anachlorhydrie faisait au contraire défaut dans une série de 8 cas de sclérose en plaques et dans 8 cas sur 9 de tabes, ce qui lui confère une véritable valeur diagnostique.

Les recherches de H. tendent à montrer qu'une infection intestinale par *streptococcus longus*, est un facteur étiologique essentiel de l'anémie pernicieuse et de la dégénérescence combinée de la moelle : la présence de ce germe dans le duodénum est en tous cas la preuve d'une infection active de l'intestin, due en particulier à l'anachlorhydrie, qui laisse passer dans le duodénum les protéides non modifiées et un nombre anormal de bactéries de la bouche et du rhinopharynx, d'où production de toxines nocives pour le sang et les tissus nerveux. Aussi le traitement de ces manifestations devra-t-il viser avant tout à surmonter l'infection intestinale et à arrêter le développement des poisons hémolytique et neurotoxique ; on donnera de l'acide chlorhydrique à hautes doses ; on préparera un vaccin avec les streptocoques isolés des alvéoles des dents arrachées, du contenu duodénal, des fèces ; on joindra dans les cas graves un traitement symptomatique de l'anémie, transfusion, arsenic, etc.

L. Rivet.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

Tome XVI, nº 2, Août 1923.

F. Legueu, F. Marsan, et P. Flandrin. ***Note sur le traitement des tumeurs malignes de la vessie par le « mésothorium ».*** — Rien n'est plus décevant que le traitement des tumeurs épithéliales malignes de la vessie : la marche inexorable du néoplasme, l'évolution progressive des troubles fonctionnels, malgré l'électro-coagulation, la curiethérapie, les cystectomies totales ou partielles, sont des éventualités bien connues.

Les auteurs ont eu l'idée d'appliquer à ces cas un traitement à base de « mésothorium ». Leurs observations sont encore trop récentes pour juger définitivement de l'efficacité réelle de cet agent thérapeutique, mais tels quels les résultats qu'ils en ont obtenus jusqu'ici justifient les plus grands espoirs.

Ils ont utilisé le bromure de mésothorium en solutions stérilisées et isotoniques, par voie intraveineuse, intramusculaire ou en instillations intravésicales (préparations Buisson).

Leur statistique porte sur 9 cas de néoplasmes malins de la vessie chez des malades âgés de 56 à 60 ans. Ces tumeurs inopérables, évoluant depuis plusieurs années, très étendues, avaient notablement altéré l'état général des malades.

Les troubles fonctionnels qui les avaient amenés à consulter étaient des plus marqués : douleurs vésicales intolérables avec pollakiurie diurne et nocturne, urines « bouillon sale », hématuries dont l'abondance et la répétition avaient déterminé, chez 8 des consultants, un état anémique des plus marqués. Un d'eux avait, en 1921, subi 2 tailles successives pour tumeur vésicale et, en 1922, toute une série d'électro-coagulations qui n'avaient pu arrêter la progression des signes fonctionnels et l'évolution des récidives.

Il s'agissait, dans 3 cas, d'une infiltration néoplasique étendue avec capacité très réduite, chez 5 malades, de tumeurs typiques, largement implantées, proéminentes, bourgeonnantes, à surface irrégulière avec zones de nécrose et foyers hémorragiques si fréquents dans cette variété de néoplasmes.

Les auteurs ont appliqué à ces deux variétés anatomiques — infiltration néoplasique et tumeurs sessiles — deux traitements différents : dans les formes infiltrées, injections intraveineuses et intramusculaires de mésothorium ; dans les tumeurs sessiles faisant saillie dans la cavité vésicale, au traitement par le mésothorium ont été associées quelques séances d'électro-coagulation complémentaire, pour hâter la destruction mécanique et l'élimination des portions nécrosées du néoplasme. L'électro-coagulation ne paraît pas, d'ailleurs, être absolument indispensable.

Voici maintenant les résultats :

Les *hématuries* ont disparu dans un très court délai, dès la première ou deuxième injection, et ne se sont plus manifestées par la suite, chez des malades qui présentaient des hémorragies spontanées, capricieuses, parfois très abondantes, évoluant depuis 3 mois et même 6 mois sans interruption

Chez 7 des malades, aux *urines « bouillon sale »* se sont substituées, à des délais n'excédant pas un mois de traitement, des urines parfaitement claires, limpides, sans dépôt.

Les *douleurs*, sauf dans un cas, ont rapidement perdu de leur intensité, la *pollakiurie diurne* s'est montrée plus tenace et n'a jamais fait place au rythme normal des mictions.

Action locale. — Ici il convient d'examiner séparément les résultats obtenus : 1º dans les cas où ont été associés le mésothorium et l'électro-coagulation ; 2º dans les cas où, seul, le mésothorium a été utilisé.

Dans la première catégorie de faits, on note l'affaissement, le ratatinement, puis la disparition complète de la tumeur chez 2 malades, qui ont quitté l'hôpital avec des urines claires et un excellent état général.

3 autres sont encore en traitement : ils ne saignent plus, ont des urines claires et on note, à l'examen cystoscopique, une diminution très accentuée, chez 2 d'entre eux, des volumineuses tumeurs sessiles constatées à un premier examen.

La deuxième catégorie de faits répond aux plus mauvais cas. Chez un premier malade, en traitement depuis 4 mois, on note le nettoyage total, complet, d'une tumeur infiltrée de la paroi gauche de la vessie s'étendant de 1 heure à 6 heures. Chez les 3 autres, les résultats sont moins brillants : l'action sur l'état général et sur les hémorragies a été très nette, les urines se sont clarifiées ; dans 2 cas, il y a eu amélioration très notable des douleurs et de la fréquence des mictions, et la capacité vésicale améliorée a permis des examens cystoscopiques plus complets qui ont permis de constater, en même temps que la réduction lente mais progressive du néoplasme, son ratatinement et des modifications singulières de sa surface ; celle-ci paraissait avoir été électro-coagulée en totalité et elle présentait un aspect blanchâtre, nacré, caractéristique.

J. Dumont.

BRUXELLES MÉDICAL
(Bruxelles)

Tome IV, nº 1, 1er Novembre 1923.

E.-J. Bigwood. ***Le rôle de la sécrétion rénale de l'ammoniaque dans le mécanisme de la régulation de l'équilibre physico-chimique des humeurs.*** — Dans cet important mémoire, B. étudie successivement : l'origine de l'ammoniaque urinaire ; la signification de l'ammoniaque urinaire ; le rapport entre l'ammoniaque et l'acidité urinaires à l'état physiologique ; la régulation ammoniacale à l'état pathologique. Cette étude l'amène à formuler les conclusions suivantes :

L'ammoniaque représente un produit de sécrétion rénale et non pas d'excrétion.

La proportion d'ammoniaque que le rein élabore aux dépens de l'azote total qu'il emprunte au sang est conditionnée par la concentration en ions H de l'urine qu'il sécrète.

Le rapport entre la sécrétion de l'ammoniaque et celle des acides se traduit par la notion du coefficient ammoniacal réduit de l'urine.

La valeur du coefficient ammoniacal réduit constitue un témoin fidèle de la qualité normale ou anormale du mécanisme de la régulation de l'équilibre physico-chimique du sang et des humeurs.

La détermination journalière de cette valeur constitue un moyen précieux de contrôle de ce mécanisme, puisqu'elle permet d'en soupçonner l'altération sans nécessiter une prise de sang. Elle ne peut cependant pas suffire, à elle seule, pour caractériser la nature de l'altération morbide dont elle révèle l'existence, à moins d'être complétée par l'examen direct du plasma circulant. B. pense donc que la détermination très simple du coefficient ammoniacal réduit peut être d'une précieuse utilité pour le clinicien.

L. Rivet.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

Tome VII, nº 4, Juillet 1923.

J. L. Tierney. ***Classification et traitement des troubles hypophysaires.*** — Nos notions sur les fonctions de l'hypophyse et de chacun de ses lobes sont encore bien lacunaires et contradictoires, l'étude chimique en particulier est rudimentaire. Le lobe antérieur possède des caractères glandulaires nets à l'inverse du lobe postérieur, constitué uniquement par du tissu nerveux, à moins que l'on n'admette que la portion intermédiaire, analogue par son développement au lobe antérieur, ne représente la partie sécrétoire du lobe postérieur. Il n'est pas certain que « l'extrait de lobe postérieur », malgré son effet physiologique plus apparent, représente bien la véritable sécrétion interne de la glande ; pour l'affirmer, il faudrait démontrer la présence de ce principe actif dans le sang ou la lymphe provenant de la glande ou que l'on puisse reproduire cette substance par synthèse.

L'expérimentation n'a pas assez tenu compte des différences biologiques qui séparent l'homme des animaux de laboratoire ; une discordance typique, par exemple, réside dans l'effet hypertenseur que produit l'extrait hypophysaire chez l'animal tandis que, selon T., l'action inverse s'observe d'ordinaire chez l'homme.

La thérapeutique hypophysaire n'a guère de bases plus solides. L'efficacité des préparations desséchées est contestable ; la posologie est encore fantaisiste. D'autre part, T., tout en reconnaissant la possibilité de syndromes pluriglandulaires très variés, s'élève contre l'opothérapie pluriglandulaire, si en vogue aujourd'hui et trop souvent administrée aveuglément. Mieux vaut commencer par administrer un extrait glandulaire unique, en s'appuyant sur les signes hormoniques constatés, quitte à y adjoindre d'une façon rationnelle les autres extraits nécessaires ; il ne faut pas oublier qu'en général les troubles pluriglandulaires relèvent primitivement du déséquilibre d'une seule glande et peuvent être abolis en corrigeant la fonction de cette glande. Trop souvent l'opothérapie hypophysaire a été faite au hasard contre un symptôme isolé, sans qu'on se soit donné la peine d'étudier les signes concomitants pour permettre d'établir le type clinique d'affection hypophysaire. Sans se dissimuler le caractère provisoire de toute classification actuelle de ce genre, T. propose celle qu'il a élaborée en 1920 avec Englebach (voir *La Presse Médicale*, 1921, nº 10, p. 100) et qui est basée sur les signes hormoniques relevés au cours des affections hypophysaires. Elle envisage successivement les troubles purs sous la dépendance d'un seul des lobes, puis les troubles mixtes résultant d'un fonctionnement anormal de deux lobes à la fois, distinguant pour chaque lobe des états d'hyper, d'hypo et d'hétéroactivité (cas où il existe des états sécrétoires opposés de chaque lobe considéré à part) et, pour chacune de ces variétés de fonctionnement hypophysaire, deux classes de troubles suivant l'âge où sont apparues les anomalies sécrétoires : troubles antérieurs à l'adolescence ou postérieurs à elle. Chacune de ces catégories est encore subdivisée en troubles d'origine néoplasique et non néoplasique. L'observation de plus de 700 cas de troubles hypophysaires qui furent classés et traités d'après ces données nosologiques a mis en évidence tant de réponses favorables à la thérapeutique que T. est convaincu de la relation entre les divers troubles qu'il a isolés et leur origine hypophysaire.

Il passe en revue ces divers troubles, insistant sur les moins étudiés ou les plus discutés, céphalée, épilepsie, états mentaux, glycosurie, diabète insipide, troubles génitaux, modifications de la tension artérielle, et, à propos de chacun d'eux, indique la thérapeutique appropriée. Il importe d'établir un traitement précoce, car, lorsque les troubles ont retenti sur les autres glandes endocrines, en général au bout d'une année, les résultats deviennent problématiques. En terminant, T. relate quelques observations typiques, illustrant la classification proposée et montrant les résultats qu'on est en droit d'attendre d'un traitement bien dirigé.

P.-L. Marie.

P. E. Smith et I. P. Smith. ***Fonction des lobes de l'hypophyse d'après la thérapeutique de substitution faite avec les différentes portions de l'hypophyse du bœuf.*** — L'injection intrapéritonéale des diverses parties de l'hypophyse fraiche du bœuf chez







Monsieur le Docteur,

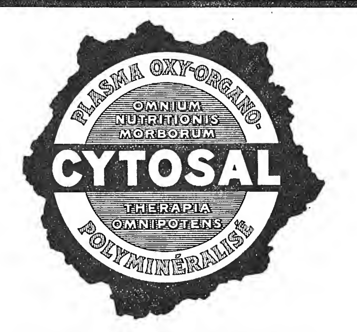
Vous avez, certainement, dans votre service, ou dans votre clientèle, quelque cas d'infection très grave, médicale ou chirurgicale, (*hyperthermie persistante, septicémie, fièvre puerpérale*) ;

ou quelque cas de dystrophie rebelle (*dénutrition avancée, dystrophies infantiles, amaigrissement, chloro-anémie, épuisement, cachexie*) ;

Dans ces cas le CYTOSAL (*seul, sans autre médication*) modifie nettement et de façon souvent inespérée la marche de la maladie.

Il vous suffira de quelques jours pour vous en convaincre.

(Ce sont les cas graves qui jugent une médication.)



AUCUNE CONTRE-INDICATION — INNOCUITE ABSOLUE

1 cuill. à café, dans un grand demi-verre d'eau sucrée, avant chacun des 2 repas.
Cas graves, une 3e le matin et au besoin une 4e l'après-midi.
Enfants au-dessous de 10 ans, moitié de ces doses.

LITTER. ET ÉCHANT. LABORAT. LOUIS SCHAERER, 154, Bd HAUSSMANN-PARIS

Rég. du Com. ; Seine, 2.021.

les têtards hypophysectomisés donne les résultats suivants :

1° Le lobe antérieur (portion glandulaire) injecté supprime les quatre troubles caractéristiques résultant de la privation d'hypophyse chez le têtard : ralentissement de la croissance ; atrophie des corps interréuaux, de la thyroïde et des parathyroïdes, aboutissant à la suppression des métamorphoses ; troubles de la pigmentation donnant lieu à une sorte d'albinisme ; enfin hypertrophie du corps graisseux, indice probable d'un trouble du métabolisme. Les têtards normaux ou thyroïdectomisés, sous l'influence des injections de lobe antérieur d'hypophyse, présentent une croissance accélérée et atteignent une taille anormale, tandis que leur pigmentation s'exagère.

2° L'injection de la portion intermédiaire corrige le défaut de pigmentation et fait diminuer les dimensions du corps graisseux des têtards hypophysectomisés.

3° L'injection de lobe postérieur (portion nerveuse) détermine une augmentation modérée de la pigmentation et la réduction du corps graisseux.

4° L'injection de la substance colloïde renfermée dans les vestiges de la lumière de l'hypophyse contribue à faire reparaître quelque peu la pigmentation.

Le retard de la croissance est donc bien le fait de la carence de l'hormone sécrétée par le lobe antérieur ou glandulaire. S. et S. ne croient pas que les lésions sous-thalamiques interviennent dans les troubles du développement.

Les principes actifs du lobe antérieur qui agissent sur la pigmentation sont assez résistants à la chaleur, à la dessiccation, à certains agents chimiques ; ceux qui accélèrent la croissance et influencent les autres glandes endocrines sont, au contraire, plus labiles; ils résistent cependant au traitement par l'alcool.

P.-L. Marie.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

Tome LXX, n° 39, 28 Septembre 1923.

A. Herrmannsdorfer. ***La liquéfaction de la fibrine des empyèmes pleuraux par la solution chlorhydropeptique, adjuvant du drainage aspirateur.*** — H. emploie depuis deux ans avec des résultats très satisfaisants la solution chlorhydropeptique suivante : pepsine 20 gr. ; acide chlorhydrique et acide phénique àâ 2 gr. ; eau distillée 400 gr., pour digérer la fibrine des exsudats purulents de la plèvre et permettre ainsi de les évacuer complètement au moyen du drainage aspirateur de Bülau, intervention plus simple et offrant moins de risques que la résection costale suivie de drainage simple ; on sait, en effet, depuis l'épidémie de grippe, que cette dernière opération, pratiquée lorsque l'épanchement purulent est encore récent et les adhérences peu développées, fait courir aux malades, surtout lorsqu'ils sont très affaiblis, des dangers sérieux par suite du pneumothorax ouvert brutal qu'elle entraîne.

Grâce à ce procédé, il est parvenu à liquéfier les pus les plus consistants et à digérer ces grumeaux de fibrine riches en bactéries qui rendent si souvent la simple ponction pleurale inopérante. La technique est fort simple. Sous anesthésie locale, on incise au point le plus déclive de l'épanchement, de préférence dans le 8e ou le 9e espace intercostal, dans la ligne axillaire postérieure, et au moyen d'un trocart on introduit dans la collection pleurale un drain de 7 mm. de diamètre fermé par une pince à son extrémité inférieure. On fait ensuite, comme d'usage, un pansement étanche à l'air et l'on plonge l'extrémité libre du drain dans un récipient renfermant une solution antiseptique. La pince enlevée, le pus s'écoule. S'il stagne, on injecte par le drain 150 à 250 cmc de la solution chlorhydropeptique fraîchement préparée et tiédie à 38°, en évitant toute pression trop forte, et on la laisse séjourner de six heures à douze heures dans la plèvre. Lorsqu'on ouvre ensuite la pince, il s'écoule un liquide très fluide. On peut répéter cette manœuvre tous les deux ou trois jours ou même quotidiennement, s'il y a beaucoup de fibrine à digérer; cependant il est rarement nécessaire de la renouveler. Il faut surveiller le pouls et la respiration pendant l'intervention et évacuer du liquide dès que le malade accuse une sensation d'oppression ou de tension thoracique.

La dissolution de la fibrine n'offre aucun inconvénient : les adhérences pleurales protectrices ont toujours été respectées ; il ne s'est pas produit de fistules pulmonaires; jamais on n'a vu d'accidents dus à la résorption des peptones formées.

Il ne faudra traiter par le drainage aspirateur combiné à la solution digestive que les empyèmes qui ne sont pas sous la dépendance d'un foyer accessible à la chirurgie. La méthode convient surtout aux empyèmes para- et métapneumoniques, aux suppurations pleurales métastatiques dans les cas où l'on ne peut opérer les abcès pulmonaires originels. Un essai est justifié dans les empyèmes consécutifs au pneumothorax et dans les empyèmes tuberculeux surinfectés, bien que souvent on doive finalement recourir dans ces cas à la thoracoplastie extra-pleurale. On peut également tenter un essai dans les empyèmes traumatiques bien que la large ouverture du thorax soit souvent préférable.

Contre-indications à ce traitement : les empyèmes de la gangrène pulmonaire, les abcès plus ou moins opérables de la bronchectasie, des projectiles intrathoraciques, les suppurations pleurales ayant leur point de départ dans les organes voisins (abcès sous-phrénique, péricardite, etc.), les empyèmes inaccessibles au trocart de par leur situation profonde, c'est-à-dire la plupart des empyèmes médiastinaux, diaphragmatiques et interlobaires.

P.-L. Marie.

W. Gennerich. ***Le traitement intraspinal de la syphilis méningée par l'arsénobenzol.*** — La plupart des neurologistes allemands répudient le traitement intraspinal de la neuro-syphilis, n'y voyant que des dangers, sans aucun bénéfice sérieux. G. s'élève contre cette opinion, non pas pour défendre les injections intrarachidiennes habituelles, qu'il juge peu efficaces, mais pour préconiser sa méthode intraspinale qui en diffère foncièrement.

Deux conditions préalables sont de rigueur : l'observance d'une stricte asepsie qui impose l'hospitalisation des malades et implique la maîtrise de la technique, acquise par des excercices préliminaires ; une sélection judicieuse des cas à traiter, basée sur la conception personnelle de G. sur la pathogénie de la neuro-syphilis, conception qui fait jouer un grand rôle à la diffusion du liquide céphalo-rachidien à travers les méninges altérées localement, qui détermine des lésions considérables de la substance nerveuse sous-jacente et une imbibition qui a pour effet de diluer à ce niveau l'arsénobenzol injecté dans la circulation générale, empêchant ainsi son action thérapeutique. Or l'expérience montre que l'arsénobenzol qui pénètre facilement avec le liquide céphalo-rachidien dans le tissu nerveux peut causer des réactions intenses et des troubles fonctionnels ; l'écorce cérébrale est relativement peu sensible tandis que les voies de conduction médullaires le sont extrêmement. D'où l'importance de la posologie suivant les localisations, certaines, comme le tabes lombaire et la myélite dégénérative, où il n'existe pour ainsi dire plus d'inflammation méningo-vasculaire, étant presque impossibles à traiter.

G. emploie deux méthodes : 1° la méthode simple est réservée au traitement des affections médullaires et des cas, comme les méningo-récidives précoces, où toute la périphérie du névraxe doit être traitée. Dans cette méthode on se sert d'une seule burette, au moyen de laquelle on retire 50 à 90 cmc. de liquide céphalo-rachidien après ponction au lieu habituel. Dès qu'apparaissent de vives douleurs de tête, on ajoute l'arséuobenzol et on réinjecte le mélange. Dans les lésions récentes, et plus tard aussi lorsque la moelle est intacte, on injecte deux à trois fois par semaine 1 milligr. 35 à 1 milligr. 5 de novarsénobenzol ; dans le tabes confirmé et la myélite, on se contente de 0 milligr. 5 par 70 cmc de liquide.

2° La méthode de la double ponction qui sert à traiter les localisations cérébrales et comporte des doses plus élevées. L'aiguille supérieure est enfoncée entre la première et la deuxième apophyse épineuse, l'inférieure entre la quatrième et la cinquième. On évacue dans la burette supérieure 5 à 10 cmc. de liquide, puis on ajoute et on mélange le novarsénobenzol, le tuyau de la burette était pincé. On évacue alors dans la burette inférieure du liquide céphalo-rachidien jusqu'à céphalalgie violente. On fait couler dans l'espace sous-arachnoïdien le contenu de la burette supérieure dont on ferme ensuite le tuyau, et on fait refluer également la moitié environ du liquide prélevé dans la burette inférieure.

On doit veiller à ne pas soustraire trop de liquide lors des premiers traitements, ce qui pourrait occasionner des accès convulsifs et des troubles médullaires très graves, parfois mortels, à faire refluer le liquide sans exagérer la pression, pour éviter sa trop profonde pénétration dans les lésions corticales, enfin à laisser le malade couché la tête basse pendant vingt-quatre heures, puis deux jours en position normale.

A la suite de ce traitement peuvent survenir de la fièvre, des vomissements, du malaise, des crises douloureuses dans le tabes, des accès convulsifs dans la paralysie générale.

Le traitement intraspinal de la méningite syphilitique récente est simple et permet un assainissement définitif des méninges. G. recommande d'abord 2 ponctions simples avec 1 milligr 5 de médicament, puis 2 à 3 ponctions doubles avec 2 milligr. 5. On traite de même la syphilis cérébrospinale, mais en diminuant un peu les doses, car il existe souvent déjà un processus médullaire dégénératif rendant la pie-mère perméable. Dans la neuro-syphilis tardive, le choix des cas à traiter et la question des doses sont difficiles. Il est des cas où le traitement ne donne rien ou est mal toléré. Dans le doute, l'état du liquide céphalo-rachidien et un essai thérapeutique indiqueront son opportunité. Dans le tabes, on arrive souvent à obtenir l'arrêt définitif du processus morbide, les crises gastriques de date récente sont d'ordinaire bien influencées, l'atrophie optique est complètement arrêtée avec la double ponction. La paralysie générale au début fournit des succès (retour du liquide à la normale, reprise des occupations), mais plusieurs séries de traitements intraspinaux sont nécessaires pour maintenir les résultats acquis.

P.-L. Marie.

IL POLICLINICO [*Sezione medica*]

(Rome)

Tome XXX, fasc. 10, 1er Octobre 1923.

U. Nuvoli. ***Rachitisme expérimental obtenu par irradiation de l'hypophyse.*** — Les hypothèses les plus variées se sont succédé pendant ces dernières années pour tenter d'expliquer la pathogénie du rachitisme. Depuis longtemps déjà l'hypothèse d'un trouble endocrinien avait été soulevée, qui pût agir sur le métabolisme du calcium et sa fixation sur les os.

Hofmeister accusait le corps thyroïde, Metten Renner le thymus, Stoeltz les surrénales. Klotz, Weiss et Maltzahux incriminèrent les premiers l'hypophyse. On connaît l'influence considérable de cette glande sur le développement du squelette et l'on sait que l'acromégalie s'accompagne d'hyperplasie de tout le système osseux, liée à l'hyperfonctionnement hypophysaire. Il n'y a rien d'étonnant, dit N., à ce qu'une altération inverse produise les effets contraires et que l'insuffisance hypophysaire entraîne avec elle une diminution de l'activité ostéogénétique ou empêche le calcium de se fixer sur les os.

N., s'inspirant de cette idée, a entrepris sur des lapins une série de recherches expérimentales. Pratiquant sur l'hypophyse de ces animaux une irradiation intense de 10 minutes par jour, il vit se développer des lésions osseuses caractérisées par une hypertrophie exubérante des cartilages épiphysaires, du ramollissement des os, un épaississement du périoste.

L'examen microscopique montrait une hyperémie et une augmentation considérables de l'épaisseur des cartilages épiphysaires au niveau desquels on pouvait constater une prolifération intense des colonnettes cartilagineuses.

La ligne d'ossification était anfractueuse et irrégulière, toutes lésions caractéristiques du rachitisme.

L'examen histologique de l'hypophyse montrait la vascularisation intense du lobe antérieur, la vacuolisation et la destruction des cellules.

N. n'hésite pas à conclure de ces expériences que le rachitisme humain dérive d'un trouble hypophysaire et il rapproche de cette pathogénie celle de l'ostéomalacie qui se trouve dans certains cas manifestement liée à un trouble endocrinien.

L. de Gennes.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

Tome XXXVII, n° 37, 5 et 8 Septembre 1923.

André Ceillier. *Troubles mentaux d'origine syphilitique en dehors de la paralysie générale.* — C. distingue 4 groupes de faits, suivant une division à la fois clinique et pathogénique.

Dans le 1er groupe, la syphilis agit seulement comme élément psychique, surtout émotif : troubles névropathiques divers, préoccupations hypocondriaques, anxiété, obsessions, syphilophobie, suicide, neurasthénie tardive des anciens syphilitiques.

Dans le 2e groupe, la syphilis agit comme facteur d'auto-intoxication et de méningite (toxémie et méningite syphilitiques secondaires et secondo-tertiaires). Chez un sujet non prédisposé, indemne de passé vésanique ou névropathique et sans constitution névropathique apparente, ces troubles de la période secondaire se résument en torpeur et confusion mentale. Chez des sujets plus ou moins prédisposés, la syphilis peut jouer le rôle de cause déterminante et être révélatrice d'une psychose quelconque (manie, mélancolie, folie à double forme, perversions, syndrome de Korsakoff. etc.).

Dans le 3e groupe, la syphilis agit comme facteur de désordres anatomiques spécifiques. Ici, les lésions méningo-encéphaliques proprement syphilitiques peuvent s'accompagner de troubles variés parmi lesquels il faut citer : la torpeur, très fréquente comme symptôme de début ; la confusion, souvent difficile à distinguer de la démence ; la neurasthénie ; la manie, avec souvent idées de grandeur ; la mélancolie : les formes hébéphréno-catatoniques ; des délires mal systématisés ; enfin, l'affaiblissement intellectuel plus ou moins masqué par une des formes précédentes ou existant isolément et aboutissant à la démence syphilitique. Il convient de rappeler aussi l'ictus amnésique ; l'épilepsie symptomatique, revêtant parfois la forme psychique avec fugues ; le syndrome des tumeurs cérébrales et celui de l'hypertension intracranienne ; enfin, les syndromes striés, dont l'intérêt neurologique dépasse l'intérêt psychiatrique.

Dans le 4e groupe, la syphilis agit comme facteur de lésions diffuses ; les lésions inflammatoires banales l'emportent sur les lésions spécifiques et réalisent anatomiquement une méningo-encéphalite disséminée et cliniquement un syndrome voisin de la paralysie générale, avec laquelle il existe des formes de transition.

Les réactions biologiques ne sont pas toujours suffisantes pour indiquer la part de la syphilis dans la pathogénie de ces divers aspects cliniques. En pratique, le traitement antispécifique (principalement arsenical et *bismuthé*) s'impose et, dans la grande majorité des cas, si ce traitement est couronné de succès, on est en droit de conclure à l'origine syphilitique du trouble mental. L. Rivet.

N° 43, 17 et 20 Octobre 1923.

Ernest Gueissaz (de Saint-Gall, Suisse). *Un cas d'érythème noueux tuberculeux.* — G. discute la conception du prof. Chauffard sur l'érythème noueux d'origine tuberculeuse. Avec Demiéville, il pense que l'érythème noueux existe comme entité morbide, et il en voit la preuve dans le caractère saisonnier, la contagiosité faible, mais certaine, l'immunité que confère l'affection. Il résume les conclusions de divers autres auteurs à l'appui de cette conception. Peut-être d'ailleurs la tuberculose crée-t-elle un terrain favorable, puisque les épidémies se produisent souvent dans des familles tuberculeuses (Wallgren).

G. a recherché la porte d'entrée de l'agent infectieux causal : à côté de l'angine (20 pour 100 des cas), il a décrit des érythèmes noueux post-opératoires et du post partum, et il pense que l'érythème noueux doit rentrer dans le cadre des maladies infectieuses aiguës, au même titre que la scarlatine.

Mais, de même qu'il existe à côté de la scarlatine des érythèmes scarlatiniformes, de même, à côté de l'érythème noueux idiopathique, il existe des érythèmes noueux symptomatiques. Et G. relate l'histoire d'une jeune fille de 17 ans, chez laquelle il estime fort possible qu'il ait observé un érythème noueux symptomatique tuberculeux ; dans ce cas, il n'a pas trouvé la porte d'entrée de l'agent infectieux ; il n'incrimine l'intervention possible de la tuberculose qu'en se basant sur l'examen clinique, les épreuves biologiques (intradermo-réactions) et anatomo-pathologiques ayant donné des résultats négatifs.

L. Rivet.

N° 45, 31 Octobre, 3 Novembre 1923.

P. Brocq et R. Maduro (de Paris). *Etat actuel du traitement de la névralgie faciale.* — A l'heure actuelle, pour traiter une névralgie faciale, c'est tout d'abord par l'alcoolisation que l'on doit commencer : c'est une méthode simple, facile, bien réglée (Lévy et Beaudoin, Sicard), qui assure au malade un soulagement de plusieurs mois, au bout desquels l'affection récidive. De nouvelles injections d'alcool pourront être suivies de nouvelles périodes de sédation, de plus en plus brèves d'ailleurs. Après une ou plusieurs alcoolisations efficaces, qui auront fait la preuve du caractère essentiel de la névralgie faciale, c'est à une intervention chirurgicale qu'il faudra recourir.

Les résections de branches isolées du trijumeau, l'arrachement des gros troncs à leur sortie du crâne, doivent être abandonnées comme inefficaces ou trop dangereuses.

Restent les opérations intracraniennes : extirpation du ganglion de Gasser et neurotomie rétro-gassérienne. A laquelle faut-il donner la préférence ?

La *gassérectomie* est presque toujours suivie de la guérison définitive du tic douloureux : la récidive, tout à fait rare, est le fait d'une extirpation incomplète du ganglion. Mais la gassérectomie est une opération difficile, grave, à mortalité élevée et dont les succès sont, malgré tout, assombris par la possibilité de complications sérieuses : kératite neuroparalytique, paralysies des muscles de l'œil, paralysie faciale, paralysie des muscles masticateurs.

La *neurotomie rétro-gassérienne* assure non moins certainement que la résection gassérienne la guérison radicale de la névralgie faciale, mais elle présente sur elle des avantages indiscutables : elle est plus rapide, en général plus facile, et expose beaucoup moins aux hémorragies, sa mortalité est infime (1 mort sur 218 cas, Frazier ; aucun décès sur 312 cas, Cushing) ; ses résultats esthétiques, ce qui n'est pas négligeable, sont bien supérieurs ; enfin ses séquelles sont beaucoup plus bénignes (kératites neuro-paralytiques habituellement légères et fugaces, paralysies faciales et oculo-motrices exceptionnelles).

C'est donc incontestablement la neurotomie rétrogassérienne qui est l'opération de choix quand se pose l'indication du traitement chirurgical d'une névralgie faciale.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Tome IV, n° 95, 20 Décembre 1923.

Prof. Collet (de Lyon). *25 cas d'hémiplégie laryngée par blessure de guerre ; considérations sur l'innervation du larynx.* — Par l'analyse critique de ces 25 cas, soigneusement observés et suivis pendant longtemps, l'auteur apporte non seulement une contribution importante à l'étude anatomo-clinique des lésions nerveuses traumatiques du larynx, mais aussi une solution à des questions primordiales encore en suspens relativement à l'innervation du larynx. Voici, du reste, ses conclusions formulées par lui-même :

L'hémiplégie laryngée par blessure de guerre est due, dans la grande majorité des cas, à une lésion du pneumogastrique, et beaucoup plus rarement à une lésion du récurrent.

La lésion d'un seul pneumogastrique, — du gauche aussi bien que du droit — suffit à entraîner des troubles cardiaques dont le plus fréquent est une accélération permanente du pouls, pouvant aller jusqu'à 140. Ces troubles cardiaques sont persistants et ont pu être retrouvés, inchangés ou aggravés, après plusieurs années. Outre la tachycardie, il y a de l'instabilité du pouls, quelquefois des extrasystoles, et le plus souvent suppression du réflexe oculo-cardiaque.

Il existe une hémiplégie laryngée pure et une hémiplégie laryngée associée : glosso-laryngée, palato-laryngée, pharyngo-laryngée, laryngo-scapulaire, etc. ; la présence de ces associations peut servir à préciser le niveau de la lésion du pneumogastrique, à la localiser à la partie supérieure du ganglion plexiforme.

En cas d'hémiplégie laryngée pure, la présence des troubles sensitifs est le meilleur critère de la participation du laryngé supérieur ; l'appréciation des troubles moteurs alors surajoutés à ceux qui caractérisent la paralysie récurrentielle est beaucoup plus délicate : il semble dans quelques cas que le défaut de tension soit le fait dominant.

La seule différence d'expression entre une lésion du pneumogastrique au-dessous du laryngé supérieur et une lésion du récurrent réside dans la présence des troubles cardiaques : beaucoup de prétendues paralysies récurrentielles doivent être des paralysies du pneumogastrique au-dessus de l'émergence du récurrent.

L'épiglotte n'a été trouvée déviée que dans l'hémiplégie glosso-pharyngo-laryngée ; encore cette déviation est-elle inconstante.

Les troubles vaso-moteurs sont très rares et n'ont été notés que dans des lésions haut situées, pouvant intéresser le laryngé supérieur, avec participation de l'hypoglosse ou du grand sympathique : le nerf récurrent ne paraît pas contenir de filets vaso-moteurs et ces constatations sont d'accord avec les données expérimentales.

La corde vocale paralysée est immobilisée le plus souvent soit dans la position dite cadavérique, soit sur la ligne médiane avec ou sans paralysie du tenseur. La fixation de la corde en position médiane est relativement plus fréquente que dans les paralysies par compression ; elle est le plus souvent définitive dans une lésion traumatique, qui ne progresse pas ainsi que pourrait faire une compression.

Seules les paralysies traumatiques permettent de préciser la date de la compensation par la corde vocale saine ; ce phénomène s'ébauche dans les deux premiers mois, quelquefois plus tôt ; le plus souvent, il est bien établi au bout de quatre ou cinq mois.

La fixation de la corde en position médiane est bien un phénomène paralytique et non un phénomène d'ordre irritatif, ainsi qu'on l'a soutenu : elle coexiste en effet avec des phénomènes de déficit : la tachycardie et la suppression du réflexe oculo-cardiaque.

Les faits d'hémiplégie laryngée traumatique ne sont pas favorables à l'hypothèse d'un entre-croisement partiel des nerfs laryngés, soit sensitifs, soit moteurs, exception faite pour les filets se rendant au muscle impair arytbénoïdien transverse. Ils ne le sont pas davantage à l'hypothèse d'un supplément d'innervation fourni par le laryngé supérieur aux muscles innervés par le récurrent.

LYON MÉDICAL

Tome CXXXII, n° 4, 24 Décembre 1923.

Prof. Gayet (de Lyon). *Le véritable traitement de la colique néphrétique prolongée.* — Certaines coliques néphrétiques sont des épisodes tout à fait accidentels, de peu de durée, ne se produisant qu'une seule fois dans toute une vie ; elles se terminent rapidement par l'expulsion d'un peu de sable, d'un petit gravier, et tout est dit. A celles-là convient le traitement médical bien connu : piqûre de morphine, suppositoire calmant, cataplasmes chauds sur la région douloureuse, diurèse provoquée par les tisanes, les eaux de Vittel et d'Evian.

D'autres fois, la colique se répète à intervalles plus ou moins rapprochés, ou se prolonge d'une façon anormale ; les urines se raréfient, sont sanglantes ; surtout elles n'aboutissent à aucun résultat :

pas d'évacuation de sable ou de gravier. Pour ces cas, que G. groupe sous le nom de *colique néphrétique prolongée*, un traitement s'impose aujourd'hui, qui a fait ses preuves, qui est bien connu et apprécié à sa valeur par tous les médecins urologistes, mais trop peu par les médecins praticiens : c'est le traitement par les *manœuvres endoscopiques*.

Indications. — Il va de soi qu'on essayera d'abord le traitement médical et qu'on attendra le temps nécessaire pour voir si ce traitement aboutira à l'expulsion. Mais combien de temps? Pas plus de vingt-quatre heures, par exemple : actuellement une cystoscopie et un cathétérisme ne sont pas intervention si grave et si douloureuse qu'on en recule le moment jusqu'à ce que la situation apparaisse sérieuse. Chez la femme cette intervention ne nécessite même pas une anesthésie; chez l'homme une anesthésie locale la rendra fort acceptable. Si cela est possible, une radiographie viendra au préalable donner de précieux renseignements sur le siège, le nombre, le volume du corps étranger. Elle évitera au chirurgien de tenter à l'aveugle la méthode endoscopique pour des calculs qui peuvent être dans le bassinet ou trop volumineux pour qu'on puisse espérer raisonnablement une migration heureuse jusque dans la vessie, ou encore trop nombreux.

Un autre facteur entre en ligne de compte au point de vue des indications : c'est le degré d'infection du rein bloqué. Dans les cas où l'infection est récente et légère, le cathétérisme urétéral n'offre que des avantages : la sonde vide un bassinet mis en tension, mais encore contractile, elle permet un lavage antiseptique, un bon drainage. Dans le cas d'infection invétérée ou très sévère, au contraire, le cathétérisme est contre-indiqué; les manœuvres risquent de produire une perforation de la paroi urétérale anfractueuse, œdémateuse, friable et de provoquer ainsi une péri-urétérite suppurée et de gros accidents septicémiques.

Technique. — Il n'est nullement besoin de recourir à l'anesthésie générale; une anesthésie locale de l'urètre est utile chez l'homme : avec de la douceur et de la légèreté de main on pourrait s'en passer, même chez ce dernier. Le cystoscope introduit, on examine le méat urétéral en cause, généralement altéré : rougeur, légère béance. Une sonde à bout conique est introduite; elle rencontre bientôt l'obstacle qu'on peut essayer de mobiliser, sans violence. Parfois cela suffit : si l'on retire la sonde, le calcul la suit et s'accouche dans la vessie.

Si rien de tel ne se produit, on injectera un mélange de novocaïne-glycérine et, cinq minutes après, un peu d'huile. Puis on essayera à nouveau la sonde ou une plus petite. Souvent on passera alors à côté du calcul et immédiatement la sonde débitera en jet ou à gouttes pressées le contenu du bassinet sous tension. Instantanément la douleur cessera et le malade se déclarera brusquement et entièrement soulagé. Il sera bon de laisser ensuite la sonde à demeure pendant quelques heures et de la retirer après avoir fait un lavage antiseptique et une injection d'huile dans le bassinet. Ces manœuvres agissent en excitant d'une part la contractilité de ce réservoir, en le désinfectant et enfin en lubrifiant de haut en bas le conduit urétéral. Bien souvent le calcul est expulsé peu après.

Il arrive qu'il n'est pas expulsé et que peu de temps après l'ablation de la sonde, le bassinet se remettant en tension, la douleur recommence. Il faudra alors replacer la sonde à demeure et la laisser plus longtemps (quarante-huit heures, par exemple), en renouvelant les lavages et les injections d'huile. Si l'on n'obtient rien de cette façon, il faudra ou bien renoncer à ce mode de traitement, ou alors tenter des manœuvres plus compliquées qui ne sont pas à la portée de tout le monde : manœuvres de dilatation urétérale avec des sondes à ballonnets de caoutchouc ou bien la dilatation électrolytique; ou encore l'urétérotomie interne.

Si le calcul est arrêté dans la portion intramurale de l'uretère, faisant, comme il arrive souvent, une forte saillie dans la vessie, il est devenu facile avec le merveilleux instrument endoscopique qu'est la sonde à diathermie de faire une méatotomie de l'uretère et de libérer ainsi la pierre.

Grâce à ces diverses manœuvres, nous sommes à même aujourd'hui d'obtenir l'expulsion d'un très grand nombre de calculs de l'uretère. Dans les cas où elles échoueraient, il ne faudra pas s'attarder plus longtemps et recourir à l'urétérotomie sanglante, belle et bonne opération qui n'a plus à faire ses preuves.

ARCHIVES DE MEDECINE DES ENFANTS (Paris)

Tome XXVI, nº 11, Novembre 1923.

P. Lereboullet (de Paris). ***L'épiphyse et les syndromes épiphysaires chez l'enfant.*** — L'histoire pathologique de l'épiphyse est infiniment moins riche que celle de l'hypophyse. Moins nettement glandulaire, elle représente néanmoins un organe intimement uni au tissu nerveux, comparable à bien des égards à la neuro-hypophyse. Elle est, comme l'hypophyse, le siège relativement fréquent de tumeurs et particulièrement de tératomes.

Par ses connexions étroites avec le plafond du troisième ventricule et les tubercules quadrijumeaux, l'épiphyse altérée entraîne une série de troubles nerveux (céphalée, vomissements, crises convulsives, troubles de la vue, paralysie verticale du regard, etc.) qui aident à la localisation clinique de la tumeur, lorsque surtout ils s'associent à des manifestations spéciales (accroissement rapide de la taille, développement des organes génitaux et du système pileux) et qui, d'abord regardés comme la conséquence de la suppression des fonctions de la pinéale, frein de la croissance, semblent plutôt en rapport avec la nature même de la tumeur. A cet égard encore la comparaison s'impose avec l'hypophyse.

La notion du syndrome épiphysaire, fort utile au point de vue anatomo-clinique et pleinement vérifiée par les faits récents, ne mène donc pas à la notion certaine d'un trouble glandulaire dont l'expérimentation n'a d'ailleurs pas suffisamment établi la possibilité. Celui-ci inversement ne peut être nié complètement et il se peut que l'avenir montre que l'épiphyse joue un rôle, soit, ainsi que Krabbe en a admis l'hypothèse, comme *organe de perception sensitive* servant à la régulation de la pression et de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, soit comme *glande à sécrétion interne*. Si une telle preuve était fournie, peut-être le syndrome épiphysaire devrait-il être interprété comme la manifestation d'un trouble neuro-glandulaire G. Schreiber.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin)

Tome XIX, nº 41, 14 Octobre 1923.

Max Löwy et O. Pötzl. ***Crises jacksoniennes sensitives bilatérales et leur signification.*** — L'observation de L. et P. est, en résumé, la suivante. Une jeune fille de 20 ans, étudiante en droit, présente, au printemps de 1920, quelques crises de fourmillements dans le bras droit et dans la moitié droite de la face, avec contractions toniques du bras et troubles passagers de la vue. En Octobre de la même année, crises jacksoniennes sensitives exactement symétriques des précédentes, mais du côté droit : la malade éprouve des crises semblables jusqu'en Janvier 1921. En même temps, amaurose de l'œil droit, rétrécissement du champ visuel à gauche, stase papillaire bilatérale. Le diagnostic posé avait d'abord été celui de pseudo-tumeur par sclérose en plaques. Mais de gros troubles des sensibilités profondes firent leur apparition du côté gauche, et on remarqua, en même temps, de la douleur et une modification de la tonalité à la percussion de la région pariétale du côté droit. Une trépanation décompressive fut alors faite par Schloffer, le 18 Mars 1921 : il existait, au niveau de la région pariétale droite, un ostéome, faisant saillie de 3 cm., qui déprimait la dure-mère. Après incision de la dure-mère, on découvrit une tumeur, qui paraissait infiltrée, et qu'on prit pour un gliome. Le chirurgien en préleva une parcelle et, à l'examen histologique, on constata que c'était un endothéliome. Cependant les crises jacksoniennes se reproduisaient avec une fréquence croissante : tantôt crises limitées du côté droit, tantôt crises bilatérales, qui s'annonçaient par une sensation de pesanteur épigastrique, et qui se manifestaient par des fourmillements dans le bras gauche, puis dans la langue et dans la lèvre supérieure gauche, pour se continuer par des phénomènes exactement symétriques du côté droit. Les crises étaient d'une longueur anormale et duraient jusqu'à 25 minutes. D'autre part, les troubles de sensibilité du membre supérieur gauche atteignaient un degré tel que la malade ne le sentait plus que comme un corps étranger.

Dans ces conditions, Schloffer pratiqua l'opération radicale le 16 Avril. Il fallut agrandir vers le haut l'orifice de trépanation pour extraire la tumeur, qui était assez facilement énucléable, mais à la surface de laquelle, — surtout en avant, — le cortex cérébral venait s'invaginer en doigt de gant, au point de simuler une tumeur infiltrée. L'endothéliome avait un volume supérieur à celui d'un poing d'adulte ; il pesait 180 gr. Il s'étendait en haut jusqu'à la faux du cerveau, en bas jusqu'à la partie supérieure de la 1re circonvolution temporale; en arrière, il atteignait un plan frontal passant par la scissure occipitale externe ; en avant, il s'infiltrait jusque sous la circonvolution pariétale ascendante.

A la suite de l'opération, les troubles disparurent rapidement. De temps en temps seulement, la malade présente encore des crises jacksoniennes, unilatérales ou bilatérales, parfois accompagnées de scotomes colorés, mais non hémianopsiques. La malade, qui est maintenant opérée depuis deux ans, a pu passer avec succès plusieurs examens de droit.

Les auteurs discutent longuement, à propos de cette observation, la pathogénie des crises jacksoniennes, leur propagation symétrique, leur périodicité. Ils se représentent que les crises sont en rapport avec la perte des fonctions d'association transcorticale du centre intéressé, et avec l'exaltation consécutive des fonctions de projection périphérique de ce centre. La brusquerie de la crise s'expliquerait par des phénomènes de sommation ou par des états variables d'œdème cortical. J. Mouzon.

Otto Sillig. ***Absence de signes d'irritation dans un cas d'endothéliome de la région rolandique.*** — Il ne faut pas toujours compter sur des crises jacksoniennes pour faire le diagnostic de tumeur rolandique. Tel est l'enseignement que comporte cette observation.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, qui commença, à l'automne 1919, une hémiplégie droite progressive, et chez qui survinrent successivement des céphalées, puis des troubles de la parole (Juillet 1920), de la dysurie, enfin des troubles de la vue (Décembre 1920). Stase papillaire bilatérale. Paresthésies dans le territoire du trijumeau. Troubles des sensibilités profondes du côté hémiplégique. L'opération, faite le 20 Décembre 1920 par Schloffer, permit d'enlever une tumeur durale, faisant une saillie de 1 cm. 1/2, facile à énucléer, qui comprimait toute la région rolandique, et qui la débordait franchement, surtout vers le lobe pariétal (dimension : 7 cm. × 4 cm. 1/2 × 3 cm.) Il s'agissait d'une tumeur molle, très vasculaire, qui rendit l'hémostase difficile, et qui, à l'examen histologique, présentait la structure d'un endothéliome.

Après l'opération, la stase papillaire rétrocéda rapidement. Actuellement le malade reste hémiplégique, mais il peut marcher ; les troubles de la parole et les céphalées ont disparu. C'est seulement à la fin de 1922 que quelques crises jacksoniennes firent leur apparition.

L'absence de crises jacksoniennes, jointe à l'hémiplégie, ne doit donc pas faire porter le diagnostic de tumeur du centre ovale. De toutes manières, la radiographie du crâne ne devrait jamais être omise; dans 25 pour 100 des cas d'endothéliome, d'après Cushing, elle révèle des altérations osseuses (amincissement ou épaississement). J. Mouzon.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE (Milan)

Tome XLIV, nº 72, 6 Septembre 1923.

G. Galli. ***L'épreuve de Valsalva; son action sur les mouvements du cœur et sur l'arrêt des crises de tachycardie paroxystique.*** — L'épreuve de Valsalva consiste essentiellement à faire pratiquer au malade une inspiration profonde, puis un effort expiratoire violent et prolongé, la bouche et les narines fermées; lorsque l'épreuve se prolonge, la face se congestionne, les veines du cou deviennent turgescentes, les battements du cœur cessent pendant quelques secondes.

Cette expérience n'est d'ailleurs pas sans danger, surtout chez des malades porteurs de lésions cardio-vasculaires.

C'est Hoffmann qui, le premier, a indiqué l'épreuve de Valsalva pour faire cesser les accès de tachycardie paroxystique. Depuis, de nombreux exemples ont vérifié le fait, et Galli ajoute son nom à la liste déjà longue de ceux qui l'ont constaté.

L. De Gennes.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Nº 3276, 13 Octobre 1923.

R. Hutchinson et D. Paterson. *Deux cas de pellagre infantile observés en Angleterre.* — Une fillette de 10 ans, dont les parents sont bien portants, qui a été élevée au sein pendant six semaines, puis au lait condensé pendant dix mois, et a eu ensuite un régime alimentaire normal (à noter seulement qu'elle prenait chaque jour une demi-livre de farine de blé), fait, à 3 ans, une maladie diagnostiquée méningite, et, dans la convalescence, une éruption eczématiforme atteignant les pieds, les mains, le cou et la face; cette éruption reparaît tous les ans pendant 4 à 5 mois. En Juillet 1922, elle a des étourdissements et du dérobement des jambes. Plus tard, on note une parésie des membres inférieurs avec exagération des réflexes, du tremblement des mains et des pieds, de l'affaiblissement intellectuel, de la céphalée. Elle présente en outre une dermatite érythémateuse de la face, du cou, des mains, des genoux et des pieds. Elle meurt peu après.

Une fillette de 10 ans présente également des troubles de la marche, de l'affaiblissement intellectuel, des lésions cutanées rappelant l'ichtyose, qui siègent sur les pieds, les mains et le cou; elle a des crises de diarrhée.

Dans ces deux cas, la dermatite et les troubles nerveux sont très caractéristiques. A part ce fait que les deux enfants, quelque temps avant le début de leurs troubles morbides, ont été nourris avec une trop grande quantité de farine de blé, on ne trouve rien, dans leur histoire, qui s'accorde avec les conceptions pathogéniques classiques. Ces deux enfants ayant toujours vécu en Angleterre, il est possible que la pellagre y soit plus commune qu'on ne le pense.

J. Rouillard.

Nº 3277, 20 Octobre 1923.

Mac Alister. *Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria.* — Cette question a déjà été exposée par M. Paguiez dans un *Mouvement médical* qui a paru ici même (*La Presse Médicale*, 16 Octobre 1920, p. 736). On sait les tentatives de Wagner (de Jauregg), qui eut l'idée de traiter les paralytiques généraux par l'inoculation du plasmodium de la malaria, et qui aurait obtenu 40 pour 100 de guérisons complètes, 20 pour 100 d'améliorations marquées, permettant aux malades de reprendre leurs occupations, 10 pour 100 d'améliorations légères, avec 30 pour 100 d'échecs. Les caractères pathologiques du liquide céphalo-rachidien ne sont d'ailleurs nullement modifiés.

M. a repris ces tentatives. Ayant découvert, non sans difficultés, un homme atteint de fièvre tierce bénigne, contrôlée par le laboratoire, il préleva par ponction veineuse 24 cmc de son sang au cours d'un accès, et en réinjecta 2 cmc à 12 paralytiques généraux. Toutes les inoculations furent positives, dix entre le 8e et le 16e jour, une le 22e jour, et une le 42e jour.

Chacun des malades inoculés eut 10 à 12 accès, puis on lui donna du chlorhydrate de quinine, à dose quotidienne de 3 gr. pendant 3 jours, puis de 0 gr. 75 pendant 15 jours. La maladie a évolué sans incident; il n'y a pas eu de rechute. Les malades ont reçu ensuite des injections hebdomadaires de 0 gr. 30 de néo-salvarsan pendant 6 semaines.

Pour apprécier les résultats, il faut se souvenir que la paralysie générale présente des rémissions fréquentes. Sur 12 cas traités, il n'y a pas eu de guérison, ce qui était assez vraisemblable *a priori*; 2 sont morts, l'un de maladie intercurrente, l'autre de paralysie générale; 2 ont été très améliorés; un qui était tout à fait dément et très amaigri, est maintenant dans une condition physique excellente et sa parole est normale; un autre a présenté une amélioration physique considérable, d'autres ont été légèrement améliorés; les 3 derniers sont dans un état stationnaire.

Les réactions du liquide céphalo-rachidien ne sont pas modifiées.

L'hypothèse de Wagner, conforme à celle qu'avait émise un auteur britannique, Clouston, en 1883, c'est qu'une infection fébrile augmente les réactions défensives de l'organisme. On a, dans ce but, essayé d'injecter de la tuberculine ou des vaccins staphylococciques ou des substances capables d'activer la leucocytose, mais les résultats ont été nuls.

Faut-il admettre que les spirochètes souffrent de l'hyperpyrexie ou que l'infection malarienne influe sur la perméabilité des plexus choroïdes au salvarsan? Ces questions ne sont pas résolues.

J. Rouillard.

A. R. Grant. *Traitement de la paralysie générale par la malaria.* — Ces essais thérapeutiques reposent sur deux hypothèses, on que l'hyperpyrexie trouble la vitalité du spirochète, ou que l'anémie due au paludisme est suivie d'une régénération globulaire qui exalte les processus de défense.

G. a utilisé un plasmodium de fièvre tierce bénigne, capable de donner une fièvre élevée et une anémie considérable, et sur lequel la quinine agissait énergiquement. Le virus pris sur un malade atteint de paludisme typique a été injecté à un premier paralytique général, et après que ce dernier eut fait 10 à 12 accès fébriles, on a réinjecté 2 cmc de son sang à un nouveau malade et ainsi de suite, par passages successifs. On fait des injections de sang pur ou citraté, sous-cutanées ou intraveineuses.

Le premier accès eut lieu presque toujours le 10e jour. La maladie a été bien supportée. L'ingestion de 30 à 50 gr. de quinine en quelques jours suffit à guérir le paludisme. Un des malades a même guéri spontanément.

En 14 mois, on a ainsi traité 40 paralytiques généraux, de 21 à 56 ans, présentant des formes très variées. Six des malades sont morts. Trois ont pu être renvoyés chez eux et ont repris leur travail. Il y a eu des résultats favorables dans l'ensemble, mais on ne peut parler de guérisons.

On a proposé d'inoculer aux paralytiques généraux une infection à spirochètes, capable de donner une fièvre continue pendant 3 ou 4 jours; des tentatives de ce genre se poursuivent.

J. Rouillard.

Nº 3279, 3 Novembre 1923.

W. Trotter et W. de C Wheeler. *Les anesthésiques au point de vue du chirurgien.* — Dans son rapport, T. insiste sur la nécessité d'une étroite collaboration entre le chirurgien et l'anesthésiste. Le chirurgien ne doit pas s'attacher seulement à faire une opération brillante, mais il doit songer avant tout à la sécurité et à l'avantage de son malade.

Parmi les anesthésiques administrés en inhalation, l'éther est le plus parfait, car l'anesthésie est facile, sûre, et donne un profond sommeil; mais il faut que l'imprégnation soit massive et détermine un véritable coma; en outre, l'éther stimule à l'excès les fonctions circulatoires et respiratoires; il irrite les voies respiratoires; il fait tousser et vomir.

Le chloroforme a des inconvénients: risques immédiats, intoxications tardives, sommeil moins profond; il est contre-indiqué chez les enfants, les diabétiques, les infectés; mais il rend service dans les interventions sur la bouche ou le larynx, après laryngotomie ou trachéotomie, dans les interventions sur le cerveau ou la moelle, dans les cancers du sein.

Le protoxyde d'azote donne un sommeil moins profond; on doit souvent lui adjoindre l'anesthésie locale ou régionale.

L'anesthésie rachidienne ne peut être pratiquée que pour les opérations sur la région sous-ombilicale, et chez des malades dont l'appareil circulatoire est sain.

L'anesthésie des troncs nerveux (nerfs intercostaux pour le thorax et l'abdomen, plexus brachial pour le membre supérieur) est une opération assez délicate, mais qui donne de bons résultats.

Quant à l'anesthésie locale proprement dite, elle a des indications très étendues.

Dans un deuxième rapport, W. insiste sur les trois points suivants:

Les opérations longues et graves, l'anesthésie chloroformique, les idiosyncrasies et le *status lymphaticus* déterminent souvent des accidents; en outre, il y a des cas où le patient tombe brusquement dans le collapsus et paraît près de mourir; le chirurgien s'en aperçoit à ce que les muscles droits se relâchent, les mouvements du diaphragme cessent, la respiration est suspendue; il faut se hâter de pratiquer la respiration artificielle ou les inhalations d'air dans les poumons.

Les complications pulmonaires sont fréquentes après l'éther, quel que soit son mode d'administration. Ce n'est pas l'anesthésie elle-même qui en est responsable, mais la parésie du diaphragme, dont se compliquent un grand nombre d'affections de l'étage supérieur de l'abdomen; il s'ensuit une congestion œdémateuse d'une base ou des deux bases pulmonaires, avec râles sous-crépitants. Dans d'autres conditions, ces accidents apparaissent après la réduction dans l'abdomen d'une volumineuse hernie ombilicale.

Dans un grand nombre d'interventions, il y a avantage à associer l'anesthésie locale à l'anesthésie générale.

J. Rouillard.

A. Mac Connell et G. Jefferson. *Ventriculographie pour la localisation des tumeurs intracraniennes.* — La détermination de la forme et des dimensions des ventricules latéraux est très importante pour le diagnostic des tumeurs cérébrales, car toute tumeur située sous la tente du cervelet détermine une rétention dans les ventricules, et toute tumeur d'un hémisphère, se développant vers le ventricule latéral voisin, le déforme, le rétrécit et le déplace.

Il est donc intéressant de pratiquer la ventriculographie en injectant de l'air dans l'un des ventricules latéraux, après ponction du liquide céphalo-rachidien, et en faisant ensuite une radiographie. Puis on incline lentement la tête du malade du côté opposé; l'air passe dans l'autre ventricule qui sera alors radiographié. Si les deux ventricules sont dilatés, la tumeur est probablement sous-tentoriale; si un seul est dilaté, la tumeur est dans son voisinage.

M. C. décrit longuement la technique; il utilise une sorte de casque, placé sur la tête du malade, auquel est fixée d'un côté une longue aiguille sur laquelle on adaptera une seringue pour ponctionner le ventricule et injecter de l'air, et, de l'autre côté, une pointe est fixée sur l'os. L'aiguille se trouve ainsi immobilisée.

Chez 9 malades, la ventriculographie put être pratiquée: 4 fois, elle permit une localisation qui, cliniquement, était impossible; 4 fois, elle donna des renseignements plus précis que la clinique; dans 1 cas, elle fit rejeter le diagnostic de tumeur cérébrale.

Par contre, chez 5 malades, elle ne put être pratiquée, soit qu'on n'atteignît pas le ventricule déplacé du fait de la tumeur, soit qu'on retirât trop peu de liquide pour pouvoir injecter de l'air. Chez un malade, l'aiguille pénétra dans un kyste superficiel que l'on a pu ponctionner, puis remplir d'air et explorer aux rayons.

La ventriculographie est assez dangereuse; deux malades porteurs de tumeurs cérébrales sont morts subitement au bout de quelques heures; un troisième est mort au cours de l'exploration, avant qu'on ait atteint le ventricule.

J. a pratiqué la ventriculographie dans 6 cas. Chez un malade, la ponction a été répétée à deux reprises sans qu'on atteigne le ventricule; chez un enfant atteint d'hydrocéphalie communicante, auquel on retira 80 cmc de liquide pour le remplacer par 80 cmc d'air, la mort est survenue deux jours après. On évitera donc d'injecter de grandes quantités d'air; on ne dépassera pas 25 cmc.

La méthode n'est pas sans danger; elle doit être réservée aux cas où l'examen clinique ne parvient pas à localiser la tumeur.

J. Rouillard.

J. Dunbar. *Traitement des hémorroïdes par les injections interstitielles.* — D. pratique le traitement en injectant dans les bourrelets hémorroïdaires une solution d'acide phénique à 10 pour cent dans un extrait liquide d'hamamelis. Il n'injecte pas plus de 12 à 30 cmc dans une hémorroïde et traite au maximum trois hémorroïdes dans une séance; on fera des injections hebdomadaires pendant cinq ou six semaines.

Les malades traités, au nombre de 150, présentaient des hémorroïdes de divers types, depuis la simple hémorroïde interne jusqu'aux formes procidentes. Lorsqu'il y a des réactions inflammatoires vives, il faut attendre, pour commencer le traitement, qu'elles soient calmées.

Aussitôt après l'injection, les hémorroïdes se gonflent, la muqueuse pâlit. Le saignement est très vite arrêté. Il n'y a par l'orifice de ponction qu'une perte de sang insignifiante. L'amélioration locale et générale est très nette et très rapide.

On n'observe jamais ni embolie, ni péritonite. Chez un malade qui avait un prolapsus rectal et dont l'état général était très précaire, les hémorroïdes ont bien été thrombosées, mais le sphincter n'a pas recouvré son tonus. Un malade, brightique, est mort après ce traitement.

En somme, la méthode a pour avantages d'être peu douloureuse, de n'exiger aucune anesthésie, de ne pas interrompre le travail.

On peut aussi injecter du salicylate de soude à 30 pour 100; les résultats sont aussi bons, mais la douleur après l'injection est plus forte et plus durable.

J. Rouillard.

THE AMERICAN JOURNAL
of the
MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie-New York)

Tome CLXVI, n° 4, Octobre 1923.

G. R. Minot et Th. E. Buckman *De l'érythrémie.* — M. et B., qui ont pu observer 15 cas d'érythrémie, attirent l'attention sur diverses particularités peu connues.

La suractivité de la moelle osseuse dans cette maladie se traduit dans le sang périphérique par l'augmentation des trois sortes d'éléments figurés auxquels elle donne naissance: hématies, leucocytes et plaquettes. De plus des formes anormales et non mûres de ces diverses cellules peuvent être lancées dans la circulation, et en grand nombre; si bien que l'image sanguine rappelle alors celle de la leucémie myéloïde.

Dans 3 cas, après une polyglobulie qui dura de nombreuses années, se développa une anémie accompagnée d'une augmentation de la splénomégalie et d'une formule sanguine de leucémie. Un de ces malades put être autopsié. La rate, le foie, la moelle osseuse étaient le siège d'une hyperplasie sanguiformatrice rappelant de très près celle de la leucémie myéloïde. Aussi M. et B. rapprochent-ils érythrémie et leucémie myéloïde et les considèrent-ils toutes deux comme de nature néoplasique. Il existe toute une série de faits (érythrémie évoluant vers la leucémie, leucémie se compliquant de polyglobulie ou de mégacaryocytémie, etc.) qui témoignent des diverses variétés de l'activité pathologique primitive du tissu myéloïde, qui d'ordinaire s'exerce suivant un type défini.

Le métabolisme basal est souvent augmenté dans l'érythrémie ; cette augmentation semble corrélative de la suractivité de l'hématopoïèse, de même que dans la leucémie myéloïde.

L'excrétion de l'urobiline est généralement augmentée dans l'érythrémie, et fréquemment des hématies naines apparaissent dans le sang. Ces particularités, ainsi peut-être que les altérations du sérum et la fragilité globulaire, conduisent à penser qu'il existe une destruction sanguine exagérée, en dépit des constatations négatives que fournissent à ce sujet les autopsies. Certaines des fluctuations que présentent le chiffre des hématies et le taux de l'hémoglobine paraissent devoir être mises sur le compte des variations dans l'équilibre entre la destruction sanguine et l'hématopoïèse.

L'influence du processus polyglobulique sur les hématies est mise en évidence par le comportement de ces éléments en présence de solutions salées hypotoniques et de sérum sanguin hypotonique, les résultats de ces épreuves n'étant d'ailleurs pas nécessairement parallèles. On constate souvent un allongement de la résistance globulaire; l'hémolyse initiale apparaît de façon assez variable (résistance globulaire minima abaissée, normale ou accrue); l'hémolyse complète (résistance globulaire maxima) ne se produit jamais dans des solutions plus concentrées que lorsqu'il s'agit de sang normal, mais souvent elle n'a lieu que dans des solutions beaucoup moins concentrées. Les globules du malade en présence de dilutions de son propre sérum ou de sérum normal peuvent montrer un allongement de la résistance. Les globules normaux peuvent hémolyser en présence de dilutions de sérum d'érythrémique plus facilement qu'en présence de leur propre sérum ou d'un sérum normal. Leur résistance dans les deux sérums s'étend sur une moins grande longueur que celle des globules d'érythrémiques. Le sérum de ces malades peut donc exercer une action hémolytique sur les globules rouges. Dans un cas donné d'érythrémie, certains globules peuvent être plus vulnérables que les globules normaux, et d'autres notablement moins. Il semble que l'allongement de la résistance globulaire relève de la présence d'hématies d'une diversité d'âge plus grande que normalement, que l'augmentation de la résistance, en particulier de la résistance maxima, dépend de l'augmentation des hématies non mûres, enfin que la diminution de la résistance minima indique une influence nocive s'exerçant sur les globules ou peut-être un nombre exagéré de cellules vieillies ou pathologiques.

P.-L. Marie.

G. E. Brown et H. Z. Giffin. *Les capillaires et la masse du sang dans l'érythrémie.* — B. et G. ont étudié à cet égard 57 cas d'érythrémie. Dans 56 qui étaient typiques, la capillaroscopie révéla un engorgement accusé des anses capillaires portant surtout sur la portion veineuse, presque toujours plus distendue que la portion artérielle, mais celle-ci peut également être engorgée; la transition entre les deux portions, lorsqu'elles sont distendues à des degrés différents, est toujours très brusque, et cette différence d'aspect fait penser qu'elles sont soumises à un contrôle vaso-moteur différent. Dans un cas de diagnostic douteux où il s'agissait probablement d'une polyglobulie liée à une cardiopathie congénitale et non d'une érythrémie vraie, les deux portions étaient uniformément distendues, indice de modifications très anciennes des capillaires.

La longueur des anses capillaires se montre augmentée (en moyenne 0 mm. 6 au lieu de 0 mm. 36 chez les sujets normaux examinés). La vitesse du courant sanguin est nettement ralentie dans l'érythrémie, en raison de l'accroissement de la viscosité dû à la polyglobulie et de l'augmentation de la masse sanguine. Celle-ci, mesurée par la méthode de Keith et Rowntree au rouge vital, dépasse notablement la normale, et comme volume globulaire et comme volume total.

B. et G. rattachent à l'atteinte progressive du système capillaire l'apparition des symptômes graves, souvent tardifs, de l'érythrémie.

P.-L. Marie.

N. E. Brill et N. Rosenthal. *Traitement curatif du purpura hémorragique chronique thrombocytolytique par la splénectomie.* — Maladie non héréditaire, survenant dans la jeunesse, caractérisée par des pétéchies et des taches ecchymotiques de la peau et parfois des muqueuses, souvent accompagnées d'hémorragies gingivales et nasales, plus rarement gastro-intestinales et rénales, le purpura de Werlhof évolue chroniquement par poussées amenant à la longue une faiblesse extrême. Dans certains cas, il peut, à tout âge, se manifester de façon aiguë, et alors aboutir à la mort en quelques jours à quelques semaines. Hématologiquement, cette affection se distingue par la diminution considérable des plaquettes sanguines (Hayem) ou thrombocytes, d'où le nom de purpura thrombocytopénique, par l'irrétractilité du caillot (Hayem), celle-ci relevant de la thrombocytopénie (Pagniez), enfin par la prolongation du temps de saignement, le temps de coagulation n'étant guère modifié. Tous ces caractères différencient cette maladie de l'hémophilie.

On peut attribuer cette diminution des plaquettes soit à leur production insuffisante par les mégacaryocytes de la moelle osseuse, soit à leur destruction exagérée, et dans ce processus on a incriminé des altérations de la rate, qui, normalement chargée de faire disparaître les plaquettes, jouerait ce rôle de façon prématurée. Partisan de cette pathogénie, Kaznelson a fait enlever la rate d'un malade avec un résultat brillant, immédiat et permanent. B. et R. ont suivi cet exemple dans 2 cas remontant à l'enfance, accompagnés d'une anémie profonde, et rebelles à tous les traitements, y compris les transfusions répétées. Les résultats immédiats furent remarquables: cessation immédiate et totale des hémorragies, retour des hématies et de l'hémoglobine à un chiffre presque normal, ascension rapide du nombre des plaquettes qui passèrent de 6.000 à 270.000 par mmc chez l'un des malades, de 400 à 60.000 chez l'autre. Toutefois cette augmentation ne dura pas et les plaquettes diminuèrent de nouveau. Le temps de saignement redevint normal et l'irrétractilité du caillot disparut. Les gencives récupérèrent leur aspect normal. Les sujets purent reprendre une vie active; leur poids et leur taille augmentèrent très notablement. Ces bons résultats se maintiennent depuis 8 mois.

Sans pouvoir tirer de conclusions très affirmatives de ce petit nombre de cas, il semble bien néanmoins que la splénectomie se montre un traitement vraiment curatif du purpura thrombocytolytique, permettant de sauver la vie des malades, et que l'affection ellemême atteigne le système réticulo-endothélial, surtout celui de la rate, et la moelle osseuse. Dans un des cas il existait en effet une splénomégalie importante et une augmentation considérable des cellules réticulo-endothéliales des sinus. Il se peut que la splénectomie donne des résultats d'autant meilleurs que la rate est plus volumineuse, d'autant plus de cellules réticulo-endothéliales ayant été supprimées.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL
of the
AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

Tome LXXXI, n° 12, 22 Septembre 1923.

W. C. Alvarez, K. F. Meyer, G.Y. Rusk, F. B. Taylor et J. Easton (de San Francisco). *Problèmes actuels concernant les infections de la vésicule biliaire; une enquête statistique.* — Le présent travail porte sur 60 cas (19 hommes et 41 femmes) soigneusement étudiés tant au point de vue de leur symptomatologie clinique qu'au point de vue radiologique et bactériologique.

Abstraction faite de 2 cas pour lesquels l'exactitude du diagnostic reste douteuse, on a compté 19 cas de cholécystite calculeuse, ce qui constitue une proportion de 33 pour 100.

L'âge moyen était de 49 ans pour les malades avec calculs, et de 41 ans pour les autres.

D'une manière générale, la cholécystite débute dans le jeune âge, par des symptômes plus ou moins vagues, mais elle n'est diagnostiquée et traitée convenablement que beaucoup plus tard. Dans les 60 cas en question, les symptômes morbides remontaient, en moyenne, à 19 ans.

A l'opération, la vésicule présente souvent une apparence normale; en pareil cas, on ne se décidera à l'extirper qu'en se basant sur les commémoratifs dûment établis, sur les résultats de l'examen physique et radiographique, sur la présence de gros ganglions au niveau du canal cystique, d'adhérences dans cette région et de foyers de péri-hépatite.

Au point de vue bactériologique, des ensemencements ont été faits dans 41 cas, dont 11 avec calculs, et 30 sans. Dans l'ensemble, l'infection de la paroi de la vésicule biliaire a été notée dans 63 pour 100 des cas; l'infection de la bile dans 29 pour 100. Les 11 cas avec calculs ont donné une proportion d'infections beaucoup plus élevée que les 30 cholécystites sans calculs : 82 p. 100 (paroi) et 36 p. 100 (bile), au lieu de 57 pour 100 (paroi) et 27 pour 100 (bile).

On voit, par ces chiffres, que l'infection siège le plus souvent dans la paroi vésiculaire. Les altérations histologiques intéressent généralement la musculeuse et la sous-séreuse. Dans nombre de cas (71 pour 100), la bile fut trouvée stérile et d'apparence normale.

Dans les formes précoces, il est malaisé de se prononcer pour ou contre l'intervention opératoire. Malheureusement, le traitement médical a peu de prise sur le processus morbide, localisé, non pas dans la bile, mais dans la profondeur même de la paroi vésiculaire.

Les résultats de l'ablation de la vésicule sont habituellement satisfaisants. Mais nombre d'opérés doivent être soumis à un régime spécial, pauvre en cellulose; d'autres présentent quelques manifestations (accès douloureux, flatulences, etc.) à l'occasion d'une fatigue ou d'un refroidissement.

L. Cheinisse.

N° 13, 29 Septembre 1923.

R. F. Farr (de Minneapolis). *L'anesthésie locale dans la chirurgie de la partie supérieure de l'abdomen.* — Ce mode d'anesthésie présente, dans la chirurgie abdominale haute, l'avantage de réduire au minimum les complications pulmonaires post-opératoires et d'éviter les vomissements post-anesthésiques. De plus, l'anesthésie locale retentit moins fâcheusement sur l'ensemble de l'organisme et sur les organes vitaux que la narcose générale.

L'anesthésie locale offre aussi des avantages à l'égard de l'acte opératoire lui-même. Elle permet notamment d'utiliser la « coopération du patient » pour l'exploration systématique des organes abdominaux : en exerçant des tractions ou une pression plus ou moins considérable sur le duodénum, sur la vésicule biliaire, etc., on arrive à localiser assez exactement les sensations douloureuses éprouvées par le malade. Par contre, cette exploration en collaboration avec le patient permet, parfois, d'écarter un organe qui, malgré ses apparences pathologiques, n'est pas en cause.

Mais le succès de l'anesthésie locale dépend de facteurs multiples : appréciation exacte de l'état psy-

chique du malade; diagnostic pré-opératoire soigneusement établi; suppression des réflexes des muscles abdominaux, obtenue par anesthésie complète de la paroi abdominale, exposition parfaite des viscères; anesthésie splanchnique s'il y a lieu; technique chirurgicale adéquate.

L. Cheinisse.

B. E. Bonar (de Salt Lake City) et **W. R. Meeker** (de Rochester). *La valeur de l'anesthésie par blocage des nerfs sacrés en obstétrique.* — On peut obtenir l'anesthésie obstétricale par « blocage » des 2e, 3e, 4e et 5e nerfs sacrés et du nerf coccygien. Le blocage de ces nerfs par injection transsacrée, associée à une injection épidurale basse, assure une anesthésie satisfaisante; mais la méthode épidurale seule est plus pratique.

L'anesthésie ainsi obtenue permet de réaliser sans douleur la plupart des manœuvres obstétricales et des interventions opératoires.

Le point difficile réside dans le choix du moment où il convient de procéder à l'anesthésie. A en juger d'après les observations de B. et M., on obtiendrait le maximum d'effet en pratiquant l'injection lorsque la dilatation a atteint 7 cm. chez les primipares et au moins 4 cm. chez les multipares.

L. Cheinisse.

W. C. Danforth (de Evanston) et **C. H. Davis** (de Milwaukee). *Analgésie et anesthésie obstétricales.* — D'après l'expérience de D. et D., le protoxyde d'azote peut être employé sans inconvénient pour l'exploration et pour de courtes interventions, ainsi qu'en vue d'obtenir une analgésie intermittente pendant la seconde période du travail.

Ce mode d'anesthésie n'a paru exercer d'influence fâcheuse ni sur la mortalité maternelle, ni sur la mortalité fœtale. Dans une série de 1.029 cas récents (447 primipares et 582 multipares), comprenant un nombre considérable de cas pathologiques, la mortalité maternelle a été de 0,39 pour 100 seulement. Quant à la mortalité des enfants dans la même série de cas, elle a été de 3.5 pour 100, à l'exclusion des prématurés au-dessous de 8 mois, mais en comptant tous les enfants morts entre l'admission de la mère à l'hôpital et son *exeat*, c'est-à-dire généralement au 12e jour. En comprenant tous les prématurés, cette mortalité atteint 4,6 pour 100.

D. et D. seraient même enclins à croire que la suppression de la douleur accroît les chances d'issue favorable pour la mère et pour l'enfant. Dans les cas où le travail est long, il peut être indiqué de recourir à la morphine, seule ou associée à la scopolamine, afin de permettre à la parturiente de traverser la première période en gardant intactes ses forces physiques.

Pour des interventions opératoires de longue durée, l'éther, à moins de contre-indications spéciales, est l'anesthésique général de choix.

L. Cheinisse.

N° 14, 6 Octobre 1923.

B. Lucke et **M. H. Rea** (de Philadelphie). *Etudes sur les anévrismes de l'aorte.* — Sur 263 anévrismes de l'aorte étudiés *post mortem* au « Philadelphia General Hospital » et à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 65 intéressaient l'aorte ascendante, 23 siégeaient à la jonction de la partie ascendante et de la partie transverse de la crosse, 46 intéressaient la partie transverse, 42 la partie descendante et 19 s'étendaient à la totalité de la crosse; 31 portaient sur l'aorte thoracique, et 40 sur l'aorte abdominale.

D'une manière générale, les anévrismes de l'aorte ascendante sont de dimensions relativement petites. Ils contractent des adhérences avec les organes avoisinants (gros vaisseaux, appareil broncho-pulmonaire, côtes, clavicule droite et sternum), les compriment et les érodent. La rupture de ces anévrismes se produit généralement dans le péricarde ou dans les organes respiratoires.

Les anévrismes qui siègent à la jonction de la partie ascendante et de la partie transverse de la crosse atteignent un volume considérable, s'étendent habituellement vers le côté droit, comprimant les vaisseaux et nerfs de voisinage, ainsi que les organes respiratoires, dans lesquels ils se rompent.

Les anévrismes qui siègent à la partie transverse de la crosse prennent naissance près des orifices des gros vaisseaux et s'étendent, avec une égale fréquence, dans la direction antérieure ou postérieure. Ils compriment généralement les côtes et le sternum, la trachée et l'œsophage; leur rupture a lieu soit dans l'un de ces deux organes, soit dans la cavité pleurale.

Les anévrismes de la partie descendante de la crosse s'étendent surtout dans le sens postérieur et à gauche. Ils compromettent souvent l'œsophage et les organes respiratoires du côté gauche; fréquemment aussi, ils déterminent des érosions de vertèbres et de côtes.

Sur l'aorte thoracique, les anévrismes sont ordinairement volumineux, s'étendant en arrière et à gauche. Ils érodent les vertèbres et les côtes, et se rompent dans la plèvre gauche et dans le poumon. Des ruptures dans la cavité abdominale peuvent également survenir.

Les anévrismes de l'aorte abdominale siègent, de préférence, immédiatement au-dessous du diaphragme, ou dans le voisinage du plexus cœliaque, ou encore au-dessus de la bifurcation. Ils s'étendent, avec une égale fréquence, dans le sens postérieur ou antérieur, et leur rupture a lieu, avec la même fréquence aussi, dans la cavité abdominale, dans les cavités pleurales ou dans les tissus rétropéritonéaux.

L. Cheinisse.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(*Chicago*)

Tome XXXII, n° 2, 15 Août 1923.

F. B. Kingsbury. *L'épreuve du benzoate de soude pour apprécier le fonctionnement rénal.* — K. a perfectionné l'épreuve qu'il a proposée avec Swanson en 1920 pour l'étude du fonctionnement rénal. Elle consiste à faire ingérer le matin au sujet, privé de fruits depuis la veille, une solution de 2 gr. 4 de benzoate de soude dans 100 cme d'eau, la vessie ayant été vidée immédiatement avant. Le récipient est rincé avec 200 cme d'eau que boit également le sujet qui, une heure après, absorbe encore 200 cme d'eau. 2 heures et 3 heures après le début de l'épreuve, l'urine est recueillie, additionnée de X gouttes d'une solution de thymol à 10 pour 100 dans le chloroforme. On ajoute 15 cme d'acide nitrique à 2 pour 100 à l'échantillon de la deuxième heure, 7 cme à celui de la troisième; on dose ensuite l'acide hippurique urinaire résultant de la transformation du benzoate, au moyen de la méthode à l'éthylate de sodium, la phénolphtaléine servant d'indicateur.

Normalement, en moyenne 82 pour 100 de la dose de benzoate ingérée sont excrétés dans les 2 heures suivant l'épreuve (limites extrêmes : 70 à 91 pour 100); l'élimination pendant la 3e heure est de 16 pour 100 (limites extrêmes : 32 à 8 pour 100). La moyenne totale excrétée en 3 heures est de 98 pour 100. Des valeurs de moins de 70 pour 100 pour l'épreuve des 2 heures, de moins de 90 pour 100 pour l'urine des 3 heures doivent être regardées comme pathologiques.

K. a étudié la valeur de cette épreuve chez de nombreux sujets atteints de troubles rénaux. Ses résultats concordent en général avec ceux de l'épreuve de l'élimination de l'eau, ceux du dosage de l'urée sanguine, ceux de la constante uréo-sécrétoire et ceux de l'épreuve à la phénolsulfonephtaléine; mais l'épreuve de benzoate présente l'avantage de déceler l'insuffisance rénale plus précocement que les autres, en particulier que le dosage de l'urée. Dans certains cas, une diminution de l'élimination du benzoate a été notée alors que l'urée sanguine était normale, tandis que jamais la constatation inverse n'a été faite. Aussi semble-t-il superflu de pratiquer le dosage de l'urée sanguine avant d'avoir fait au préalable l'épreuve du benzoate.

P.-L. Marie.

J. F. Shamberg et **H. Brown** *Rapports de l'hyperuricémie avec l'eczéma et les dermatoses voisines.* — Dans bien des cas d'eczéma, il semble que les viciations fonctionnelles, en particulier l'insuffisance rénale, hépatique ou intestinale, constituent la condition pathogénique principale. Les cliniciens britanniques ont depuis longtemps insisté sur les relations entre la goutte et cette dermatose, mais les résultats divergents des analyses d'urine n'ont pas permis de donner une base scientifique à leur conception étiologique.

S. et B. ont fait l'analyse chimique du sang de plus de 200 malades dont plus de la moitié atteints d'eczéma tout en étant indemnes en général de manifestations articulaires. Or, tandis que l'urée, la créatinine, l'azote non protéique, le sucre se montraient normaux, l'acide urique, chez la moitié des eczémateux, dépassait la limite supérieure de 3 milligr. 5 (méthode de Folin et Wu). Dans certains cas de prurit localisé ou généralisé, l'hyperuricémie était également accentuée. Si l'on classe les eczémateux selon l'âge, on constate une élévation de la courbe de l'uricémie de la 40e à la 70e année, tandis que cette élévation ne se manifeste pas chez les sujets non eczémateux. En général, le sang des eczémateux jeunes ne renferme pas d'acide urique en excès, néanmoins il se rencontre des exceptions remarquables. Chez les hommes, le taux moyen de l'uricémie se montra de 25 pour 100 supérieur à celui des femmes. L'influence du régime sur l'hyperuricémie se révéla nettement dans certains cas. Ainsi un boucher, grand consommateur de viande, avait jusqu'à 6 milligr. 4 d'acide urique, le chiffre maximum trouvé.

Chez les sujets atteints de psoriasis, d'acné, d'urticaire et d'autres dermatoses, le taux moyen de l'uricémie se montra moins élevé que chez les eczémateux. Aussi S. et B. croient-ils que l'hyperuricémie intervient dans la pathogénie de l'eczéma et des prurits chez un grand nombre des malades étudiés.

La cause de l'hyperuricémie est loin d'être élucidée; S. et B. tendent à incriminer surtout une viciation fonctionnelle du rein.

Du point de vue thérapeutique, les mesures diététiques visant l'hyperuricémie ont permis d'obtenir une amélioration plus rapide dans les cas où elles furent employées que lorsqu'on les négligea.

P.-L. Marie.

J. P. O'Hare et **W. G. Walker.** *Sel et hypertension.* — La suppression presque complète du chlorure de sodium dans le régime des hypertendus a été récemment préconisée et Allen déclare avoir observé une baisse de pression très notable lorsque la dose de sel quotidienne ne dépasse pas 0 gr. 50, quelles que soient par ailleurs les conditions d'alimentation et d'existence. Toutefois diverses considérations permettent déjà de suspecter la valeur de pareille restriction; entre autres, il est difficile de comprendre la coïncidence fréquente d'une pression artérielle basse et d'une rétention chlorurée dans les néphrites subaiguës et chroniques; d'autre part, si le sel était un facteur d'hypertension, on devrait trouver chez les hypertendus un rapport entre la chlorurémie et le degré de l'hypertension; les constatations de O. et W. infirment une telle relation; en réalité, des pressions systoliques et diastoliques élevées peuvent correspondre à un taux faible de chlorure sanguin et, inversement, des pressions basses ou normales peuvent coïncider avec une chlorurémie supérieure à la normale.

Pour trancher la question, il était indiqué de soumettre des hypertendus à un régime extrêmement pauvre en chlorure et de constater ses effets sur la pression artérielle. 18 sujets atteints d'hypertension pure furent choisis et soumis pendant la durée de l'expérience à des conditions aussi constantes que possible : repos au lit, régime fixe comprenant 60 pour 100 de protéines, 1.800 cme de boisson et représentant 2.000 calories. Le seul variable contrôlable était le sel, dont la quantité pendant une période était de 0 gr. 5 par jour, et de 4 gr. pendant la période d'observation suivante. Le dosage des chlorures urinaires était effectué quotidiennement; la chlorurémie était mesurée chaque semaine. De l'analyse des graphiques publiés, il ressort que le sel ne joue pas un grand rôle dans la production de l'hypertension. Il faut d'ailleurs être fort prudent dans l'interprétation des mesures de la pression systolique des hypertendus qui se montre très sujette à varier sous la moindre influence : conversation, nervosité, etc. Le simple repos physique ou mental suffit à faire baisser les pressions systolique et diastolique. Si le régime ultra-déchloruré était efficace, on devrait observer une diminution dans les variations de la pression artérielle et un abaissement de celle-ci, ce qui n'a pas été le cas. Bien plus, les malades qui ingérèrent 10 gr. de sel par jour eurent une pression plus faible que pendant la période du régime achloruré.

En somme, le régime ultra-déchloruré ne présente pas d'avantage sur le régime plus libéral (2 gr. de sel) souvent employé auparavant. Le premier a en outre l'inconvénient d'être monotone, onéreux et difficile à suivre chez soi.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Tome VIII, n° 5, Novembre 1923.

Michael. *La dermatoscopie.* — La dermatoscopie est une méthode d'examen de la peau intermédiaire à l'œil nu et à l'examen microscopique; elle permet d'étudier la couche cornée de la peau avec la portion épidermique des conduits sudoripares et des follicules pileux, le pigment et les vaisseaux sanguins.

M. insiste surtout sur les modifications des capillaires cutanés au cours des dermatoses: on peut observer une dilatation vasculaire sans autre altération, une dilatation avec modification de forme (dilatation anévrismale, expansion glomérulaire), la formation de nouveaux vaisseaux et des télangiectasies. Parfois on note dans une même affection une combinaison de ces divers aspects.

Dans les érythèmes diffus, le prurigo mitis, la dermatite herpétiforme, il existe une simple dilatation vasculaire. Dans la dermatite herpétiforme, les lésions vésiculeuses, pustuleuses et bulleuses, les vaisseaux sont invisibles dans les aires contenant du liquide.

Dans le psoriasis, l'eczéma séborrhéique, et moins fréquemment l'eczéma papuleux, on note une simple dilatation vasculaire et parfois des formations anévrismales de quelques capillaires. La dilatation vasculaire est surtout marquée dans le psoriasis; elle est moindre dans le pityriasis rosé.

Dans le lupus érythémateux, les sarcoïdes, on note de larges troncs vasculaires avec nombreux capillaires enchevêtrés.

La papule syphilitique montre également un large vaisseau superficiel et des néo-vaisseaux avec nombreuses anastomoses.

En résumé, cette méthode simple et commode peut donner des renseignements intéressants dans le diagnostic de certaines dermatoses. Elle pourrait également servir à l'étude de la pression dans les capillaires, au mécanisme de l'absorption des frictions mercurielles. R. Burnier.

Mc Glasson. *L'hyperglycémie comme facteur étiogique de certaines dermatoses.* — On sait que le diabète s'accompagne fréquemment de certaines lésions cutanées, telles que furoncles, anthrax, prurit anal ou génital, gangrène, xanthome.

L'auteur a recherché chez des diabétiques atteints de prurit généralisé, d'eczéma suintant des plis, d'eczéma séborrhéique le dosage du sucre sanguin; alors que le taux du sucre urinaire variait de 5 à 6 pour 100, le taux du sucre du sang s'élevait chez ces malades de 0,18 à 0,24 pour 100.

L'auteur eut alors l'idée de rechercher chez des malades non diabétiques, mais atteints de dermatoses similaires : eczéma des plis ou eczéma séborrhéique, épidermophyties, prurit généralisé ou génito-anal, le dosage du sucre sanguin, et il trouva souvent un pourcentage aussi élevé que chez les diabétiques.

Il conclut à un trouble du métabolisme hydro-carboné chez ces malades et les soumit à une diète rationnelle, ce qui amena la disparition ou l'amélioration des lésions. Parfois le traitement externe habituel (goudron, naphtalan, rayons X) peut être employé en même temps. Mais le régime seul est susceptible d'amener une amélioration rapide.

R. Burnier.

MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN FAKULTÆT DER KAISERLICHEN KYUSHU-UNIVERSITÆT
(Fukuoka, Japon)

Tome VII, 1923.

R. Ohno. *Sur l'étiologie de la nécrose aiguë hémorragique du pancréas : L'intoxication par le suc pancréatique; sa prophylaxie par immunisation et son traitement.* — Les symptômes et les lésions produits chez l'animal par l'injection intrapéritonéale de suc ou de bouillie pancréatique, par injection intrapancréatique de trypsine ou de bile, ou à la suite de la résection du pancréas sans sutures, sont superposables aux manifestations de la pancréatite hémorragique humaine. On retrouve en particulier presque toujours la glycosurie, l'hématurie, les hémorragies gastro-intestinales. En dehors de la nécrose hémorragique du pancréas, il existe dans différents viscères des lésions analogues qui indiquent qu'il s'agit d'une affection toxique générale.

Tandis que le suc pancréatique inactivé est incapable, sans activation ultérieure par la bile ou l'entérokinase, de déterminer la pancréatite aiguë hémorragique, sa toxicité en injection intrapéritonéale a pu être mise en évidence par O., indépendamment de toute activation. Ce résultat explique la genèse de la pancréatite aiguë à la suite de la pénétration du suc pancréatique frais dans la cavité péritonéale et relève du pouvoir protéolytique que, selon O., le suc pancréatique frais possède déjà en dehors de toute activation. La toxicité de ce suc est en rapport étroit avec son pouvoir protéolytique, la lipase et l'amylase, comme O. l'établit, ne jouant qu'un rôle accessoire dans la pathogénie de la pancréatite aiguë. La trypsine agit en nécrosant les tissus vivants et en entravant la coagulation sanguine, d'où les hémorragies: les produits de la digestion tryptique des tissus se montrent toxiques et sont directement responsables de la mort. L'anaphylaxie, invoquée comme cause de la mort par certains expérimentateurs, n'entre pas en jeu, comme O. le prouve.

L'action digestive du suc pancréatique a été de la part de O. l'objet d'une étude approfondie dont certaines conclusions sont en opposition avec les données classiques. Ce suc, frais et non activé, contrairement à l'opinion régnante depuis les travaux de Heidenhain et de Pavlow, possède une action protéolytique, faible à la vérité, mais évidente si l'on emploie la technique de Fuld et Gross. O. désigne le proferment digérant l'albumine présent dans le suc non activé sous le nom de trypsinogène. Les deux autres proferments pancréatiques ont également une action digestive spécifique légère avant toute activation. Le pouvoir protéolytique se trouve multiplié par 450 environ après activation par l'entérokinase, par 150 après activation par la bile fraîche, par 1.360 après activation par le mélange de bile et d'entérokinase. Cette dernière constatation rend compte de la production parfois instantanée de la pancréatite aiguë hémorragique. Contrairement aux notions admises, O. a trouvé que les bactéries étaient incapables à elles seules d'activer le trypsinogène et de renforcer la protéolyse en présence de bile ou d'entérokinase. On peut admettre l'infection bactérienne dans l'étiologie de la pancréatite hémorragique, tout au moins dans certains cas graves, mais il faut rejeter la conception qui attribue l'affection à l'activation du suc pancréatique par les bactéries.

La pancréatite aiguë nécrosante étant le résultat d'une intoxication où la trypsine joue le rôle primordial, O. a cherché à créer un état d'immunité vis-à-vis de ce ferment. Par injection intrapéritonéale de suc pancréatique, de trypsine, de pancréatine, chez le chien, il a pu accroître l'immunité jusqu'à permettre à l'animal de résister à 1.000 doses mortelles; les symptômes toxiques cessent presque d'être perceptibles. Le sérum des animaux ainsi préparés confère au chien et au lapin une immunité passive suffisante pour supporter de nombreuses doses mortelles de trypsine. L'immunisation combinée par injection de trypsine et d'anti-sérum est susceptible également de créer un état d'immunité solide et dans un court délai. Le sérum des animaux préparés jouit de propriétés immunisantes si marquées que 10 cmc peuvent neutraliser jusqu'à 150 doses mortelles. L'antitrypsine semble bien être un anticorps véritable, comparable aux anticorps bactériens; elle agit vis-à-vis de l'intoxication par la trypsine d'une façon spécifique, sans être strictement spécifique au sens immunologique du mot puisque les injections de peptone chez le chien font augmenter le taux de l'antitrypsine du sérum.

O. a étudié de façon minutieuse la valeur prophylactique de l'anti-sérum obtenu après injections de pancréatine. Qu'il s'agisse d'immunisation active, passive ou combinée, il empêche la production de la nécrose à la suite des injections sous-cutanées de trypsine et de pancréatine, ainsi que l'intoxication qui suit l'inoculation intra-péritonéale de bouillie pancréatique; vis-à-vis de l'injection intrapancréatique de trypsine, son pouvoir est moins absolu; il n'empêche pas de façon complète la nécrose hémorragique aiguë, toutefois il limite l'infiltration du pancréas et neutralise l'intoxication générale; en tout cas, il suffit à sauver la vie de l'animal.

Le pouvoir curatif de sérum s'est affirmé dans la résection du pancréas sans sutures, dans l'inoculation intrapéritonéale de bouillie pancréatique et dans l'injection intrapancréatique de trypsine. Les animaux ont échappé à la mort dans tous les cas de résection et, lors des injections lorsque la dose inoculée n'était pas trop considérable. Jamais aucun effet fâcheux n'a été observé.

Aussi O. préconise-t-il l'emploi de ce sérum à titre préventif, lors des opérations sur le pancréas, à titre curatif, dans la pancréatite aiguë hémorragique. L'injection de ce sérum a été pratiquée 4 fois chez l'homme sans aucun inconvénient.

P.-L. Marie.

THE TOHOKU JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Sendaï, Japon)

Tome IV, n° 12, 30 Juin 1923.

S. Kodama. *Effets de l'excitation des nerfs sensitifs sur la quantité d'adrénaline libérée par les surrénales.* — Les fibres sécrétoires destinées aux surrénales sont contenues dans les nerfs splanchniques. De nombreuses expériences, celles de Cannon en particulier, semblaient avoir établi que l'excitation de ces nerfs détermine une augmentation de la sécrétion d'adrénaline. De plus, Cannon montra que sous l'influence de l'excitation des nerfs sensitifs, des émotions, de l'asphyxie, la libération de l'adrénaline s'accroissait. Toutefois, ces expériences prêtent à la critique sur plusieurs points et Stewart et Rogoff, en 1916, employant une méthode nouvelle pour mesurer la sécrétion d'adrénaline, la méthode de la « poche-cave », soutinrent qu'aucun de ces facteurs n'influençait la quantité d'adrénaline sécrétée. Malgré de très nombreux travaux, cette contradiction continue à régner, les adversaires incriminant des imperfections de technique réciproques.

Pour trancher le débat, K. a entrepris une série de recherches qu'il expose dans ce long mémoire. Il a employé, chez le chat et le chien anesthésiés par l'éther ou l'uréthane, la méthode de la poche-cave qui consiste à passer autour de la veine cave, au-dessus de l'abouchement de la veine surrénale droite, une anse de fil qu'on peut serrer à volonté lorsqu'on désire recueillir le sang cave. Une fine aiguille est placée dans la veine au-dessous des veines rénales. La veine cave est pincée au-dessus de cette aiguille. Les vaisseaux rénaux sont liés ainsi que les veines lombaires au voisinage des surrénales. Une canule placée dans l'aorte abdominale permet d'obtenir du sang « indifférent ». Le nerf excité fut surtout le médian, parfois le sciatique. La teneur du sang en adrénaline fut mesurée au moyen de la méthode de Läwen-Treudelenburg, basée sur l'inhibition des mouvements rythmiques de l'intestin du lapin produite par l'adrénaline. La teneur des surrénales en adrénaline fut également déterminée.

K. est arrivé aux résultats suivants. Dans un premier groupe d'animaux, l'excitation sensitive accrut la quantité d'adrénaline libérée par les surrénales sans que le volume du sang ayant traversé les glandes ait augmenté, ce qui va directement à l'encontre des résultats négatifs de Stewart et Rogoff. Dans un second groupe, la stimulation nerveuse augmenta la vitesse de la circulation surrénale, si bien que l'accroissement éventuel du taux de l'adrénaline représente la somme des changements dans la concentration de l'adrénaline et dans le débit circulatoire. Dans un troisième groupe de cas peu nombreux, l'excitation sensitive ne produisit qu'une augmentation minime ou nulle de la sécrétion d'adrénaline. Il importe de remarquer que, chez le même animal, les effets de l'excitation ne purent pas toujours être classés dans le même groupe, lorsque l'excitation fut répétée plusieurs fois de suite. Il semble donc bien établi que l'excitation sensitive provoque l'augmentation de l'adrénaline, même avec la technique de Stewart et Rogoff, dont les résultats inverses semblent devoir être attribués à la durée trop prolongée des prélèvements de sang dans la poche.

D'autre part, les conditions expérimentales elles-mêmes de cette méthode, telles que l'anesthésie, la laparotomie, les ligatures vasculaires, etc., en dehors de toute excitation sensitive, font varier le taux de l'adrénaline dans des limites beaucoup plus larges que ne l'indiquent Stewart et Rogoff.

En règle générale, la quantité d'adrénaline trouvée dans les surrénales à la fin des expériences, était plus grande chez les animaux ayant réagi à l'excitation sensitive par une forte augmentation de l'adrénaline excrétée que chez ceux où le taux de l'adrénaline était resté peu élevé. P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

Tome LXXXXVI, n° 91, 13 et 15 Novembre 1923.

L. Babonneix. *Chorée et syphilis.* — Dans cette excellente étude critique, B. expose d'abord les arguments en faveur de la thèse de M. Milian sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la chorée. Il résume ensuite les objections qui ont été formulées à cette théorie : certains auteurs ont montré que le rôle de l'hérédo-syphilis dans le développement de la chorée semble négligeable : anatomiquement, il n'y a pas de rapprochement possible entre les lésions de la chorée et celles de la neuro-syphilis. Cliniquement, les phénomènes généraux plaident bien plus en faveur d'une infection générale aiguë que de la syphilis, notamment en ce qui concerne l'endocardite (Nobécourt); on ne voit jamais dans la chorée les troubles moteurs sensitifs, réflexes et surtout sensoriels qui s'observent si fréquemment dans la syphilis du névraxe (Guillain); la syphilis laisse presque toujours des séquelles, la chorée n'en laisse pour ainsi dire jamais. Biologiquement, dans la chorée, la réaction de Wassermann est souvent négative ; quand elle est positive, cela ne signifie pas grand'chose : les modifications du liquide céphalo-rachidien, dans la chorée, ne rappellent la neuro-syphilis ni par leur forme ni par leur durée (Claude, Guillain). Au point de vue thérapeutique, enfin, nombre de chorées guérissent toutes seules, alors que mercure, antimoine et arsenic échouent dans bien des chorées.

En somme, certains des arguments invoqués par M. Milian semblent inopérants. Mais toutes les critiques qu'on lui a adressées sont loin d'être décisives. Tout bien pesé, il y a certainement quelque chose d'exact dans la théorie de M. Milian. L'hérédo-syphilis joue un rôle déterminant dans le développement de certaines chorées et particulièrement des chorées graves tenaces, rebelles à toute thérapeutique autre que les injections de sels arsenicaux organiques (Hutinel). Mais que le rôle de la syphilis soit exclusif, c'est ce qui reste à démontrer. L. Rivet.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

N° 48, 1er Décembre 1923.

M Bouchet et **A. Soulas.** *La céphalée du méat moyen.* — Toute cause habituelle de céphalée étant éliminée, l'origine nasale d'une céphalée persistante doit être recherchée de parti pris. De nombreux et récents travaux ont montré l'importance du rôle joué par les sinus et spécialement les sinus sphénoïdaux dans la détermination du symptôme. Les auteurs passent en revue très complètement les différents cas où les sinus sont intéressés.

Sous le nom de *céphalée du méat moyen*, on peut décrire un syndrome bien individualisé, caractérisé :

Au point de vue clinique, par un début insidieux et progressif, lourdeur de tête, migraine fronto-orbitaire, de l'obstruction nasale mais de la sécheresse des fosses nasales ;

Au point de vue pathogénique, il semble que cette céphalée soit dominée par une architecture défectueuse de la fosse nasale, qu'on incrimine la cloison ou le cornet moyen ou, d'une façon générale, l'étroitesse du nez. Il y aurait là un phénomène de contact ou de compression se traduisant par la souffrance de la muqueuse et l'irritation des terminaisons nerveuses du trijumeau, ayant pour conséquence des phénomènes névralgiques migraineux dans tout le territoire de ce nerf, surtout dans son domaine supérieur. Du côté de la cloison, il y aurait irritation des filets nerveux du rameau interne du nasal interne. Du côté du cornet, il y aurait en outre irritation des nerfs nasaux supérieurs, un des trois groupes de terminaison du nerf sphéno-palatin.

La localisation et les irradiations de la douleur sont ainsi explicables, comme le sont les *résultats opératoires* des interventions portant sur le cornet ou la cloison. Robert Leroux.

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

Tome XXXVII, n° 48, 21 et 24 Novembre 1923.

Georges Mouriquand et **Paul Bertoye.** *La carence en pathologie infantile.* — Le danger de la monotonie alimentaire est d'autant plus grand que l'organisme de l'enfant réclame pour sa croissance les substances les plus variées. M. et B. passent en revue les divers types d'états carentiels infantiles.

Ils insistent particulièrement sur les maladies par *privation du facteur antiscorbutique*. La plus connue est le scorbut infantile, dont ils rappellent les divers aspects. Mais il faut bien connaître aussi les états de *précarence* (Weill et Mouriquand), qui peuvent du reste ne jamais aboutir à la maladie de Barlow ; ces états se traduisent par de l'anorexie, une asthénie progressive, et surtout de l'anémie. Il s'agit d'une hypoglobulie qui est sous la complète dépendance du facteur antiscorbutique et sur laquelle l'aliment frais a une valeur curative de premier ordre. Du reste, à côté des anémies aiguës du scorbut ou de la précarence, il faut décrire des anémies chroniques, dont la seule étiologie est la privation du facteur antiscorbutique.

La *carence en facteur B* ou hydrosoluble, qui siège dans les parties superficielles des grains (riz et autres graines de céréales), vitamine de Funck, est la cause du bériberi infantile. En pareil cas, il faut incriminer le lait d'une nourrice alimentée au riz décortiqué. Chez le nourrisson, la forme cardiaque ou hydropique est beaucoup plus fréquente que la forme polynévritique.

La *carence en facteur A* détermine la xérophtalmie ou Hikan, fréquente au Japon, et les œdèmes d'alimentation ; ici, on a incriminé la déficience de l'alimentation en amino-acides.

Les relations entre la carence et les troubles de croissance ont été surtout étudiées expérimentalement par les auteurs américains (Mac Collum et Davis, Osborne et Mendel, Pappenheimer, Hess, etc.). Trois variétés de substances sont nécessaires à une croissance normale : des amino-acides, des sels minéraux, des vitamines. Si l'un quelconque de ces 3 facteurs vient à manquer, la croissance s'en ressent immédiatement.

Le lait est l'aliment de croissance par excellence : il faut cependant se rappeler sa pauvreté en fer. Beaucoup de céréales manquent de certains amino-acides indispensables : d'où la nécessité de mêler les graines et de conserver leur embryon et la substance péricarpale. Il en est de même pour les autres aliments, qui doivent être employés non pas seuls, mais associés.

Le rachitisme est un syndrome de carences mixtes où interviennent un trouble du métabolisme minéral et une avitaminose.

En conclusion, M. et B. insistent sur la nécessité d'une très grande variété alimentaire. Les laits stérilisés industriellement ou modifiés perdent tout leur pouvoir antiscorbutique : ce sont de véritables médicaments qui ne doivent être employés que dans les cas pathologiques et seulement pendant le temps strictement nécessaire, et en corrigeant leur carence par quelques cuillerées à café de jus de citron ou de raisin. C'est dire que dans la diététique infantile, la notion de qualité n'est pas moins importante que celle de quantité.

L. Rivet.

Georges Mouriquand, Paul Michel et **Paul Bertoye.** *Carence alimentaire et tuberculose.* — Si le rôle des maladies par carence proprement dite (carences simples ou plutôt carences à prédominance unique) semble insignifiant, par contre, les carences multiples et maintes fois compliquées par l'inanition au cours de la guerre semblent avoir exercé un rôle prédisposant et aggravant considérable vis-à-vis de l'infection tuberculeuse ; dans ces cas intervenaient à la fois l'inanition relative et le manque simultané de la plupart des substances minimales indispensables, le tout encore aggravé par les conditions hygiéniques difficultueuses et la misère morale des populations.

M., M. et B. ont étudié expérimentalement l'évolution de la tuberculose chez des cobayes carencés. Ils relatent les résultats suivants :

1° Tout d'abord aucune influence de la tuberculose expérimentale sur le scorbut, ni dans ses manifestations, ni dans la précocité de son apparition, ni dans son évolution.

2° La carence en antiscorbutique n'intervient en rien dans la marche anatomique ou clinique de la tuberculose.

3° La multiplicité des carences réalisée par la suppression du foin (amino-acides, sels, liposoluble A d'après Mac Collum) n'a pas accéléré davantage l'évolution ni la progression des lésions anatomiques.

4° Par contre, toute différente a été l'influence de la variété alimentaire réalisée par le régime du chenil. Les auteurs ont noté en premier lieu la discordance frappante qui existe entre l'évolution anatomique et l'évolution clinique. Quel que soit le régime, les lésions évoluent et se disséminent avec la même intensité et ne semblent dépendre que du nombre des bacilles et de leur virulence. Par contre, la survie est infiniment plus prolongée, atteignant parfois le double. Ainsi le régime équilibré restreint, suffisant pour toutes les fonctions de la vie normale, ne l'est plus en présence d'une infection chronique telle que la tuberculose : à celle-ci il faut, avec la quantité, la variété alimentaire.

5° M., M. et B. ont enfin essayé d'augmenter le métabolisme des animaux par l'addition d'une faible dose d'extrait thyroïdien ; là encore, pas de modifications de l'évolution anatomique, mais survie un peu moins longue que chez les animaux témoins.

Clinique et expérimentation mettent donc une fois de plus en valeur l'importance en phtisiologie du terrain et par suite de la diététique qui constitue l'agent modificateur le plus énergique de celui-ci. Il faut opposer à la tuberculose un régime équilibré, varié, frais, vivant, où l'organisme puisse puiser, en quantité et qualité, tous les éléments indispensables à la lutte. Il n'existe d'ailleurs pas de régime antituberculeux type, mais des régimes adaptés à la nutrition et à la digestion de chaque sujet ; ces régimes doivent toujours respecter, à côté de la quantité nécessaire, l'équilibre alimentaire et la notion de carence.

L. Rivet.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Tome XIV, n° 5, Novembre 1923.

Ch. A. Piguet et **A. Giraud** (de Leysin). *La disparition radiologique des cavernes pulmonaires.* — P. et G. relatent, avec 11 radiographies à l'appui, 5 cas de tuberculose cavitaire chez lesquels, dans l'espace de 4 à 20 mois, d'incontestables cavernes tuberculeuses ont disparu radiologiquement, en même temps que les signes cliniques notés dans le même laps de temps permettaient de soupçonner qu'il s'agissait vraisemblablement aussi d'une disparition anatomique. Dans un de ces cas, le volume de l'excavation atteignait celui d'une orange.

Après avoir rappelé les travaux de Asmaun, de Rieder et Stütz, sur la signification des images radiologiques circulaires qui traduisent les cavernes, P. et G. déclarent qu'à leur avis, la disparition d'images cavitaires au cours d'un processus tuberculeux des poumons doit être interprétée comme la disparition radiologique d'une cavité réelle, qui est habituellement une caverne décelable par les seuls moyens cliniques. Dans les cas rapportés par eux, il s'agissait indiscutablement de cavernes véritables, dont l'assèchement et même la cicatrisation anatomique peuvent être tenus pour vraisemblables. Ce fait, signalé depuis longtemps par les anatomo-pathologistes, est peut-être moins exceptionnel qu'on ne le croyait naguère, avant de pratiquer la radiologie systématique, en série.

On peut l'expliquer par un processus de sclérose cicatricielle rétractile s'exerçant sur les parois de la caverne, et aussi par la compression qu'exercent peut-être sur les parois de la caverne les processus d'emphysème vicariant qui se développe dans son voisinage. Il peut intervenir également une forte rétraction du médiastin, entrainant le cœur dans l'hémi-

thorax gauche et influant sur un foyer cavitaire du poumon gauche à la façon d'un pneumothorax ou d'une plastie. L. Rivet.

Jean Heitz. *De la cholestérinémie chez les sujets affectés d'artérites oblitérantes.* — Dans ce travail, H. envisage uniquement les sujets non diabétiques : il a étudié 27 cas dont il relate les observations.

Etiologiquement, le rôle de la syphilis est certainement plus important que celui du tabagisme. La race israëlite est particulièrement prédisposée. H. rappelle enfin que, pendant qu'il observait ces 27 cas, il en pouvait étudier 14 chez des diabétiques

Sur le conseil de M. Marcel Labbé, il a étudié la cholestérinémie de ces 27 sujets suivant la technique de Grigaut: il a trouvé un chiffre moyen de 2 gr. 77 par litre. 2 malades seulement ont présenté des chiffres inférieurs à 2 gr.; leurs symptômes étaient récents et peu prononcés. Le chiffre le plus élevé fut de 4 gr. 12, chez un malade souffrant de claudication bilatérale depuis 8 ans.

Ni la présence d'une forte tension artérielle, ni celle d'une aortite thoracique (même avec crises angineuses) ne paraissent susceptibles d'élever de façon notable la cholestérinémie de ces sujets. Seule la coexistence de lésions hépatiques semble pouvoir l'influencer.

D'une façon générale, il existe une relation à peu près constante entre l'étendue, la profondeur et l'ancienneté des lésions artérielles, d'une part, et la teneur du sang en cholestérine, de l'autre. Les plus fortes cholestérinémies se sont rencontrées chez les malades porteurs de lésions artérielles bilatérales, étendues aux fémorales et vraisemblablement aux iliaques, lésions qui évoluaient déjà depuis plusieurs années. L. Rivet.

LE JOURNAL MEDICAL FRANÇAIS

(Paris)

Tome XII, n° 8, Août 1923.

Gustave Roussy et Roger Leroux. *Diagnostic histologique et histo-bactériologique de la syphilis.* — R. et L. passent d'abord en revue les modifications histologiques présentées par les tissus au cours des trois périodes classiques de la syphilis ; puis ils discutent la valeur différentielle de chacun des éléments du diagnostic histologique de la syphilis : réaction vasculaire, infiltration cellulaire inflammatoire, métaplasie épithélioïde et gigantocellulaire, nécrose gommeuse, sclérose.

Cette étude critique les amène à conclure que le diagnostic de la syphilis, de par les données seules de l'histologie, ne peut être fait que dans un certain nombre de cas. Encore n'est-il toujours qu'un diagnostic de probabilité, qu'un appoint qui vient se joindre aux faits tirés de l'observation clinique et de l'étude humorale (réaction de Bordet-Wassermann) mais qui nécessite le contrôle bactériologique pour acquérir la valeur d'une certitude.

Suivant sa virulence et sa localisation, le tréponème, comme tant d'autres agents pathogènes d'ailleurs, est capable de déterminer dans les tissus des lésions histologiques très différentes les unes des autres. De plus, ces lésions ne sont pas par elles-mêmes l'apanage propre de la syphilis, et c'est là ce qui explique les difficultés du diagnostic histologique lorsqu'on se trouve en présence d'une coupe microscopique, sans plus amples renseignements.

Seule la collaboration des données tirées de l'observation clinique et des divers examens de laboratoire permet, à l'heure actuelle, de porter un diagnostic précis. L. Rivet.

A. Desmoulière et Pr. Merklen. *La réaction de Desmoulière : technique et interprétation clinique.* — D. et M. précisent le mode de préparation de l'antigène Desmoulière et son utilisation pour la recherche de la syphilis ; ils ont depuis plus de dix ans l'habitude de toujours effectuer en même temps la réaction : 1° avec un bon antigène de foie d'hérédo ; 2° avec antigène Desmoulière. Ils précisent ensuite leur façon de faire pour la préparation et l'utilisation de l'ambocepteur et le titrage du complément.

L'antigène, dans la réaction de Bordet-Wassermann, est un corps chimiquement défini : la cholestérine, dont la valeur antigénique paraît tenir à son mode d'union avec certains composés contenus dans la macération alcoolique de poudre de foie épuisée à l'éther. Ceci les a conduits à préparer un antigène complètement artificiel (solution alcoolique de cholestérine, lécithine, savon de soude). Dans de nombreuses expériences, cet antigène artificiel leur a donné des résultats sensiblement égaux à ceux obtenus à l'aide d'un antigène de foie d'hérédo-syphilitique, donc résultats inférieurs à ceux fournis par l'antigène mixte Desmoulière, dont il est antérieurement question. Aussi déconseillent-ils dans la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann l'emploi de l'antigène artificiel.

D. et M. envisagent et discutent ensuite les diverses critiques formulées contre la réaction de Desmoulière, notamment en ce qui concerne sa trop grande sensibilité. Ceci les amène à conclure que la réaction de Desmoulière donne chez les syphilitiques des résultats positifs là où le Bordet-Wassermann demeure muet. Aussi la réaction de Desmoulière négative constitue-t-elle le procédé le plus sensible sur lequel on puisse s'appuyer pour rejeter la syphilis.

La réaction de Desmoulière représente la meilleure méthode de dépistage de l'hérédo-syphilis.

La réaction de Bordet-Wassermann et à plus forte raison celle de Desmoulière peuvent exister en dehors de la syphilis, mais dans des conditions assez spéciales pour ne pas gêner l'interprétation clinique. Les réactions non syphilitiques se distinguent des syphilitiques par leur intensité moindre, leur variabilité, leur disparition sans traitement spécifique. En suivant l'évolution de l'une et l'autre de ces réactions, on évite de les confondre entre elles et on réussit à les discriminer.

Il y a lieu de rechercher les rapports des réactions de Bordet-Wassermann et de Desmoulière avec les modifications de la composition physico-chimique de certains sérums.

En tout cas, comme le Bordet-Wassermann, le Desmoulière ne saurait s'interpréter dans la pratique qu'à l'aide de l'observation clinique. L. Rivet.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION

(Paris)

Tome XIII, n° 9, Novembre 1923.

Georges Bickel (de Genève). *Les formes ictériques de l'ulcère du duodénum.* — B. relate l'observation d'un homme de 37 ans, sans antécédents gastro-intestinaux, qui présenta un ictère franc, s'accompagnant de signes nets d'altération du parenchyme hépatique et évoluant sous l'aspect d'un ictère catarrhal prolongé. Brusquement le tableau clinique se modifia et un melæna foudroyant emporta le malade. L'autopsie vint démontrer la présence insoupçonnée de trois ulcères duodénaux, dont l'un très ancien et en pleine cicatrisation. Il est évident que, dans ce cas, soit par suite d'une infection biliaire partie du duodénum ulcéré, soit en raison d'une atteinte directe du foie consécutive à l'apport à la glande de produits toxiques résorbés au niveau des ulcérations dans les vaisseaux du système porte, il s'est développé une hépatite diffuse ayant engendré la rétention biliaire et l'ictère, qui constitua à lui seul toute la symptomatologie.

Le mécanisme de l'ictère au cours de l'ulcère duodénal est complexe et variable. Dans les ictères par lésion du parenchyme hépatique, l'hépatite peut être consécutive à une angiocholite entérogène infectieuse ascendante, comme dans le cas relaté, ou due à une atteinte toxi-infectieuse hématogène.

D'autres ictères relèvent du mécanisme de l'obstruction des voies biliaires : ce sont des ictères totaux, à apparition lente, très chroniques et le plus souvent totalement apyrétiques. Parfois on a incriminé un bouchon muqueux oblitérant du cholédoque, qui n'a jamais été démontré. Certains cas peuvent être dus à un boursouflement de la muqueuse intestinale au niveau de l'orifice du cholédoque. Plus fréquents sont les oblitérations des voies biliaires par la rétraction d'un ulcère péripapillaire en voie de guérison ou par des brides cicatricielles de périduodénite.

La compression des voies biliaires peut relever également d'une lésion inflammatoire, le plus souvent chronique, de la tête du pancréas.

Le diagnostic de la forme ictérique de l'ulcère du duodénum est difficile quand la symptomatologie de l'ulcus est effacée ; l'apparition de l'ictère peut même conduire à des erreurs de diagnostic en dirigeant l'attention vers le foie ou vers toute autre cause d'obstruction des voies biliaires. C'est dire qu'en présence d'un ictère de cause indéterminée, il faut songer à un ulcus duodénal et chercher à le mettre en évidence, un tel diagnostic étant fort important pour la direction du traitement. L. Rivet.

REVUE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

(Bordeaux)

Tome XLIV, n° 20, 31 Octobre 1923.

L. Dufourmentel et Vincent. *20 observations de céphalées persistantes d'origine sphénoïdale.* — L'attention a déjà été attirée par l'un des auteurs sur l'origine sphéno-ethmoïdale de certaines céphalées chroniques et sur leur guérison par un traitement approprié. Dans l'étude actuelle, les auteurs désirent tirer d'une soixantaine d'observations quelques conclusions nouvelles au point de vue de la classification, de la clinique et de la thérapeutique de ces céphalées.

Les céphalées secondaires à des lésions des sinus postérieurs se présentent soit sous la forme aiguë et passagère, soit sous la forme chronique. Parmi ces dernières, les unes sont persistantes mais bénignes, les autres persistantes et résistantes au traitement.

Au point de vue clinique, il ne semble pas y avoir de proportion entre l'intensité des phénomènes inflammatoires et l'intensité de la douleur. Les formes les plus graves anatomiquement ne sont pas les plus douloureuses. La céphalée semble résulter beaucoup plus de l'oblitération de la cavité sinusale, de sa transformation en cavité close, que des altérations profondes de sa muqueuse. C'est ainsi que peut s'expliquer l'action si rapide et si puissante de la cocaïne-adrénaline. Toutefois, dans la grande majorité des cas, l'examen permet de révéler des lésions de congestion, d'œdème et d'hypersécrétion.

Dans les cas où l'on entreprend un traitement pour des céphalées paraissant sinusogènes, il est important d'être renseigné sur l'état général du malade, pour n'intervenir qu'à bon escient. Parmi les céphalées persistantes ayant résisté aux traitements habituels des neurologistes, une très forte proportion, reconnaissant des lésions sinusiennes méconnues, guériront par une action thérapeutique médicale ou chirurgicale au niveau des sinus postérieurs. Robert-Leroux.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

(Paris)

An. XII, n° 9, 1923.

Cleiz et Perlis (de Paris). *Accouchement sans douleur.* — M. Cleiz et Mlle Perlis ont cherché à réaliser l'anesthésie obstétricale par injection intraveineuse (Cerné avait recours aux injections intramusculaires) d'ampoules de diéthyldiallylbarbiturate de diéthylamine, mieux connu dans le commerce sous le nom de *somnifène*[1].

Ils ont expérimenté sur 11 primipares et 6 multipares prises au hasard. Chez les multipares, ils ont attendu, pour faire l'injection, que la femme fût nettement en travail (contractions utérines douloureuses et modifications du col); chez les primipares, ils ne sont jamais intervenus avant une dilatation effective de 1 à 2 francs. Chez toutes, ils ont injecté d'emblée une dose suffisante pour obtenir immédiatement un sommeil profond, cette dose ayant d'ailleurs varié avec les cas, mais n'ayant jamais excédé 8 cmc. Pas de fractionnement de doses pour le début ; répétition suivant les nécessités; le total n'a jamais excédé 13 cmc.

L'effet doit être envisagé successivement : quant aux douleurs, quant à la contraction et à la rétraction utérines, quant à l'état général de la mère, quant à l'enfant.

1° *Effets sur les douleurs.* — Chez toutes les femmes,

1. Chaque ampoule de somnifène contient 2 cmc, c'est-à-dire 20 centigr. d'acide diéthylbarbiturique et 20 centigr. d'acide dipropylbarbiturique, le tout solubilisé dans de la diéthylamine.

les auteurs ont obtenu, non pas seulement une sédation, mais presque toujours une disparition complète des douleurs : le sommeil est complet, quasi instantané, et l'abolition de la conscience absolue, cependant qu'à la vue et au palper les contractions sont manifestes. L'anesthésie dure en moyenne de 2 heures 1/2 à 3 heures 1/2 ; au bout de ce temps, la femme reprend insensiblement conscience de ses douleurs, tout en restant somnolente dans leur intervalle ; c'est elle-même qui réclame une nouvelle piqûre.

2° *Effet sur la contraction et la rétraction utérines.* — Les contractions sont augmentées de fréquence et de durée pendant une moyenne d'une heure après chaque injection. La moyenne du temps de dilatation est nettement diminuée. La période d'expulsion est le plus souvent, mais pas toujours accélérée. Certaines femmes, commençant à sortir de leur somnolence, peuvent être sollicitées à pousser; les autres ne poussent que quand la tête appuie bien sur le plancher périnéal; chez d'autres enfin, la poussée abdominale est presque nulle, mais l'expulsion se fait néanmoins aisément parce qu'il y a relâchement indolent des parties molles. La rétraction utérine est normale.

3° *Effet sur l'état général maternel.* — Le seul ennui noté par les auteurs, surtout dans leurs premiers cas où ils ne cherchaient pas à obtenir d'emblée le sommeil profond, a été un état d'agitation parfois extrême ; dans leurs derniers cas, cette agitation s'est montrée très légère et très intermittente. Elle peut se manifester aussi tardivement, plusieurs heures après l'accouchement : 1/2 centigr. à 1 centigr. de morphine en vient aisément à bout. 2 fois il a été noté de la diplopie binoculaire passagère.

La femme est somnolente pendant un nombre d'heures variable, suivant les cas, mais toujours capable de s'alimenter quand on l'y incite, sans troubles de la miction ni de l'exonération, reprenant peu a peu conscience, sans céphalée, et restant le plus souvent amnésique relativement à la période qui s'est écoulée depuis la première piqûre jusqu'à la reprise de conscience.

4° *Effet sur l'enfant.* — Pendant le travail, pas de modification des bruits du cœur. Aussitôt nés, les enfants ont tous immédiatement respiré; puis ils se sont endormis sans crier pendant quelques heures.

Ajoutons que si, pour une intervention obstétricale quelconque, l'anesthésie générale par inhalation (éther ou chloroforme) apparaît nécessaire, la dose nécessaire pour obtenir la résolution musculaire est réduite à un minimum infime : dans un cas, 6 cmc de chloroforme pour une anesthésie générale de 25 minutes nécessitée par des incisions du col suivies d'une basiotripsie très laborieuse.

J. Dumont.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST

An. XCV, n° 25, 25 Décembre 1923.

F. Leuret et G. Riour (Bordeaux). *L'anesthesie générale par injection intraveineuse d'hydrate de chloral.* — En 1874, Oré (de Bordeaux) préconisait et appliquait chez l'homme, après une expérimentation longue et minutieuse chez l'animal, une nouvelle méthode d'anesthésie générale par injection intraveineuse d'une solution aqueuse de chloral. Il obtint ainsi des anesthésies complètes qui permirent des interventions longues et graves (cancer du rectum, amputations du sein, de cuisse). Plusieurs chirurgiens belges et français essayèrent, après lui, sa méthode, avec des succès divers, mais bientôt elle tomba dans le discrédit : c'est que, sur une cinquantaine de cas, elle avait donné 4 morts et 7 fois des accidents plus ou moins graves. Sur les 4 morts, 3 peuvent vraisemblablement être rapportées à d'autres causes qu'au chloral (tétanos, septico-pyémie suite de phlébite suppurée, choc), mais la 4e lui est franchement imputable. Quant aux divers accidents de l'anesthésie chloralique, il est difficile de ne pas les rapporter presque tous au chloral ; les deux principaux, qui contribuèrent à faire condamner la méthode, furent des hématuries et des oblitérations emboliques de la veine injectée.

Ces accidents sont dus à ce que le chloral, à partir d'un certain degré de concentration, se comporte vis-à-vis du sang comme un coagulant puissant et brutal et comme un agent fortement destructeur de l'hématie, causant une hémolyse considérable. Pour combattre cette double action, L. et R. proposent : 1° de n'employer que des solutions à 10 pour 100 au maximum et 2° d'ajouter à la solution une certaine quantité de citrate de soude. Voici la formule qui leur paraît la meilleure :

Hydrate de chloral	2 gr.
Citrate de soude.	1 gr. à 1 gr. 50
Eau distillée	20 cmc

Cette solution, qui peut se conserver très longtemps sans s'altérer, est facilement stérilisable par tyndallisation. L. et R. l'ont essayée chez le chien à la dose de 40 à 60 centigr. par kilogramme d'animal. Sur 11 expériences, ils ont eu à déplorer une mort, mais qui ne leur paraît pas devoir être uniquement imputée au chloral. 3 anesthésies ont été franchement défectueuses par insuffiance des doses injectées ; les 7 autres, au contaire, pratiquées après injection sous-cutanée de morphine, furent vraiment très bonnes, amenant une insensibilité totale et s'accompagnant d'un silence abdominal absolument parfait En outre, ces anesthésies ne se sont accompagnées d'aucun trouble général, ni respiratoire, ni circulatoire, ni vaso-moteur. Ni le sang ni la coagulabilité sanguine ne présentèrent de modifications appréciables. L'examen histologique des veines injectées n'a jamais révélé aucune trace de phlébite ni d'induration.

Ajoutons qu'après l'anesthésie les animaux restent sous l'influence chloralique (c'est-à-dire dans un sommeil calme, mais qui cède aux excitations) pendant un temps variant de 5 minutes à plusieurs heures.

En somme, ces expériences, de l'avis de leurs auteurs, rendent légitimes la reprise chez l'homme de la méthode d'Oré, en y apportant les modifications ci-dessus mentionnées.

J. Dumont.

LYON MÉDICAL

Tome CXXXII, n° 21, 10 Novembre 1923.

G. Mouriquand et J. Dechaume. *L'adénite sérique (accident de la sérothérapie antidiphtérique).* — M. et D. relatent 9 observations de réactions ganglionnaires au cours de la sérothérapie antidiphtérique. Ils décrivent deux formes de ces réactions.

Dans la *forme pure*, tout symptôme de l'angine diphtérique a disparu, le malade est apyrétique. L'examen de gorge est négatif, la culture ne montre que les saprophytes banaux, il n'y a plus de ganglions. Brusquement, dans le laps de temps dévolu pour le déclenchement des accidents sériques (6 à 11 jours), la température remonte. L'examen somatique ne permet pas de l'expliquer. En quelques heures, les ganglions sous-maxillaires deviennent volumineux et douloureux, un examen minutieux ne permet pas de donner une origine infectieuse à ce phénomène qui paraît pourtant d'ordre inflammatoire puisque dans certains cas il y a de la périadénite. Le lendemain, l'éruption sérique vient montrer l'origine et en 2 ou 3 jours, aussi brusquement que pour le début, tout rentre dans l'ordre. M. et D. n'ont pas constaté d'adénite sans éruption, mais tantôt ils ont vu l'adénite précéder l'éruption, tantôt ils l'ont vue commencer avec elle ou lui succéder.

Ils n'ont vu dans les cas de laryngite ou angine diphtériques que des adénites localisées aux ganglions cervicaux ou sous-maxillaires. Ils signalent l'adénite inguinale accompagnant l'œdème localisé ou œdème d'origine sérique certainement. Ils n'ont jamais vu de forme avec adénite généralisée que signalent certains auteurs (Martin).

Dans les *formes associées*, il s'agit de malades chez qui, après sérothérapie, les fausses membranes ont disparu, mais la culture est positive pour le Lœffler ; il persiste des ganglions enflammés tout à fait nets. A l'époque des accidents sériques, on voit brusquement une augmentation brutale et rapide des phénomènes ganglionnaires pouvant aller jusqu'à la suppuration. Alors que dans les formes pures, tout disparaît spontanément en 2 à 3 jours, dans les formes associées, le pronostic est moins bénin, puisque, s'il y a infection secondaire à streptocoque notamment, c'est la suppuration et l'incision, ou bien dans d'autres cas la rechute de l'angine ou sa persistance.

Le sérum antidiphtérique n'a pas le monopole de ces accidents : P. Vallery-Radot a rapporté un cas d'accident de ce genre au cours d'une sérothérapie antidysentérique ; Bouche et Hustin ont produit des adénites localisées par des injections de sérum de cheval pur. Mais l'élément microbe ou toxine joue un rôle, et c'est ce qui explique la localisation particulière de l'adénite sérique au cours de la sérothérapie antidiphtérique : l'action nocive du sérum s'exerce de façon presque élective sur les ganglions les plus touchés par la toxi-infection. Cette adénite s'accompagne d'hyperleucocytose.

L. Rivet.

LYON CHIRURGICAL

Tome XX, n° 6, Novembre-Décembre 1923.

Bardon et Mathey-Cornat *Sympathectomie périartérielle et ulcères variqueux de jambe (étude clinique).* — Après Ecot, Miginiac, Costantini, Gernez, Robineau et autres, B. et M.-C. ont cherché à utiliser les réactions physiologiques qui succèdent à la sympathectomie périartérielle (vaso-constriction suivie presque aussitôt de vaso-dilatation, d'hyperthermie, d'où augmentation des échanges nutritifs et accélération des processus de cicatrisation) pour le traitement des ulcères variqueux de jambe. Ils ont traité ainsi 13 de ces ulcères, la plupart « complexes », c'est-à-dire anciens, atones, calleux, multiples ou récidivants, serpigineux ou irritables, compliqués d'infection, d'eczéma suintant, de pyodermite, de troubles trophiques et fonctionnels graves, rebelles à toutes les thérapeutiques habituelles. L'âge des sujets oscillait entre 53 et 69 ans ; ils exerçaient tous des professions laborieuses pénibles. Dans tous ces cas, la sympathectomie périfémorale fut exécutée à la pointe du triangle de Scarpa.

Laissant de côté ce qui a trait à la technique opératoire réglée par Leriche et aujourd'hui bien connue, nous nous bornerons à enregistrer ici les résultats obtenus.

1° Les *résultats immédiats* sont excellents ; ils peuvent se résumer en quelques mots : rapidité du déblaiement, de l'assèchement, de la cicatrisation des ulcérations les plus étendues dans des délais variant de 6 à 35 jours.

2° Les *résultats précoces* sont également intéressants quoique inférieurs aux précédents. Du 3e au 7e mois, 9 de ces ulcères ne s'étaient pas réouverts ; 4 ont récidivé du 5e au 7e mois ; il est vrai que leurs porteurs n'avaient nullement respecté les soins communs d'hygiène post-opératoire et avaient repris, dès leur sortie de l'hôpital, leurs travaux pénibles.

3° Les *résultats éloignés* ne peuvent encore être tout à fait établis, la plupart des opérations étant de date trop récente ; toutefois, les auteurs signalent 3 cas où l'état était demeuré inchangé respectivement à l'expiration de 1 an, de 1 an et 1 mois et de 2 ans.

Les auteurs concluent :

La sympathectomie périartérielle est un excellent agent de cicatrisation — nous ne disons pas de guérison — des ulcères variqueux de jambe. Ses résultats immédiats, précoces et éloignés sont satisfaisants; elle expose, principalement chez des sujets trop âgés et peu soigneux, à des récidives dans environ 30 pour 100 des cas. Il s'agit d'une opération « à visées uniquement circulatoires » et on ne saurait lui demander plus qu'elle ne peut donner.

Elle a ses indications strictes. Elle s'adresse soit aux ulcères complexes, rebelles, mais préalablement décapés, soit aux ulcères simples dont on veut obtenir le comblement dans des délais rapides ; à ce point de vue, elle est incomparable et doit être mise au premier plan des méthodes de cicatrisation. Elle réduit les délais d'immobilisation.

Les contre-indications relèvent uniquement de l'état général, entre autres sclérose invétérée, artériomalacie, cardiopathie non compensée, insuffisance rénale et hépatique, misère physiologique, etc.

Sa technique est délicate ; elle expose soit à des décortications insuffisantes (et par conséquent à des échecs), soit à des perforations de l'artère fémorale imposant la ligature. En règle générale, la périartérite constatée chez les ulcéreux n'est pas un obstacle à sa réalisation.

Elle pourrait être associée à la saphénectomie totale de Terrier-Alglave, dont elle constituerait le premier temps dit « de cicatrisation », le second temps visant à la suppression de la cause, les varices.

J. Dumont.

V. Yakovlievitch (Belgrade). *Traitement du mal perforant par la sympathectomie périartérielle.* — Y. a appliqué la sympathectomie de l'artère tibiale postérieure dans 2 cas de mal perforant plantaire (têtes des 1er et 5e métatarsiens, talon) chez une femme et un homme d'une trentaine d'années. Dans le 1er cas, les

ulcères étaient consécutifs à une blessure par e. o. de la plante du pied remontant à 7 ans ; dans le 2e cas il s'agissait d'un ulcère par angiospasme. Les deux opérés, qui avaient vainement essayé tous les traitements topiques habituels, ont guéri à la suite de la sympathectomie, respectivement dans un délai de 18 et 26 jours.

Reste à savoir quels seront les résultats éloignés de ces interventions.

J. Dumont.

LE SUD MÉDICAL ET CHIRURGICAL

(Marseille)

An. LV, n° 2030, 15 Décembre 1923.

T. Cottalorda (de Marseille). ***La sympathectomie périartérielle (opération de Leriche) dans les troubles trophiques des membres.*** — De cette étude d'ensemble nous ne retiendrons que ce qui a trait aux résultats thérapeutiques obtenus dans les différentes variétés de troubles trophiques du membre inférieur.

Il faut distinguer : les lésions de cause connue — artérielle, veineuse ou nerveuse — et les lésions de cause inconnue.

A. *Ulcères variqueux.* — Sur 5 cas, Guillemin compte 3 guérisons dont 1 très éloignée. Ajoutons : 4 cas de Châton avec bon résultat immédiat; 15 cas de Jeanneney et Mathey-Cornat avec bons résultats immédiats.

En somme, bons résultats immédiats, maintenus dans quelques cas assez longtemps pour que l'on puisse parler de guérison.

B. *Ulcères par sections nerveuses et moignons œdémateux.* — Les cas de Heitz, Oudard et Jean, Guillemin (4 cas, 4 succès), Leriche sont des succès.

Mais il ne faut pas oublier qu'ici, malgré les bons résultats, l'élément essentiel est le névrome et que, pour avoir des résultats durables, il faudra le traiter lui aussi.

C. *Lésions de cause artérielle.* — Il s'agit le plus souvent de gangrène par artérite ou par artériosclérose. Les observations de Matheis, Guillemin, Châton, celles toutes récentes de Schwartz et Chevassu semblent montrer seulement une amélioration passagère agissant surtout sur l'élément douleur mais rapidement suivie d'une récidive, où les phénomènes douloureux sont toujours moins marqués que dans l'état primitif. En particulier, à la suite de Chastenet de Géry (1921) et de la thèse de Dariau (1922), Châton et Schwartz notent les bons résultats donnés après la sympathectomie, et vraisemblablement à cause d'elle, par des amputations économiques.

Donc action nette et puissante sur la douleur, amélioration des résultats opératoires.

D. *Lésions sans cause évidente reconnue.* — 1° *Il y a prédominance des troubles sensitifs.* Il s'agit essentiellement des troubles causalgiques si fréquemment constatés au cours de la guerre. Mme Atanassio Benisty a relevé l'inconstance des résultats. Leriche en 1921, sur 9 interventions, comptait : 2 échecs, 2 améliorations sensibles, 5 résultats très bons dont 2 suivis plusieurs années. La même année, O. Platon rapportait à la *Société de Chirurgie de Paris* 19 sympathectomies avec 75 pour 100 de guérisons; par contre, son rapporteur de Martel et Robineau n'ont pas obtenu de bons résultats.

Donc résultats inconstants, souvent bons.

2° *Il y a prédominance des troubles moteurs.* — Pour Leriche, seules les hypertonies sont justiciables de la sympathectomie : 18 cas lui donnent 18 succès. Par contre, cet auteur déconseille l'intervention dans la maladie de Volkmann à lésion essentiellement musculaire. Toutefois lorsque, avec Denucé, on considère cette affection comme un véritable syndrome, il semble bien qu'un certain nombre de cas doivent être rapportés à la sympathectomie.

3° *Il y a prédominance des troubles trophiques.* — La sympathectomie a été surtout employée dans la maladie de Raynaud et dans les ulcères atones. Ces derniers constituent, de l'avis quasi unanime, les bons cas de la méthode ; ils donnent presque continuellement des succès.

La maladie de Raynaud est justiciable de la sympathectomie periartérielle d'après Leriche qui en relève actuellement 12 cas dans la littérature. C'est aussi l'avis de Brunning. L'intervention doit être de préférence bilatérale ; mais Ramond, Gernez et Petit avaient déjà constaté une guérison complète des deux côtés par une intervention unilatérale.

Que conclure de tous ces faits disparates au point de vue indications opératoires? Même après avoir élagué les cas où l'on a fait la sympathectomie « pour voir », le problème reste difficile et semble actuellement insoluble. Néanmoins, on peut dire, avec Leriche, que la sympathectomie périartérielle est indiquée d'une façon générale « dans toutes les maladies où la nutrition périphérique est entravée, sans qu'une maladie nerveuse centrale soit en jeu et sans qu'il y ait de causes vasculaires ou sanguines à l'origine ».

J. Dumont.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

5e série, tome III, n° 10, 24 Novembre 1923.

De Beule. ***Les suites immédiates et éloignées d'une série de 55 cas de neurotomie rétro-gassérienne.*** — De B. a pratiqué, jusqu'à ce jour, 55 neurotomies rétro-gassériennes pour névralgies graves et rebelles du trijumeau. 52 fois il s'agissait de névralgies « essentielles », sans cause anatomo-pathologique appréciable; 3 fois, de névralgies symptomatiques de tumeurs intracraniennes. Dans 29 cas, la névralgie était totale, s'étendant simultanément aux trois branches du trijumeau; dans 10 cas, la névralgie portait à la fois sur les branches maxillaires supérieure et inférieure; dans 4 cas, sur les nerfs maxillaire supérieur et ophtalmique de Willis; enfin, la branche maxillaire inférieure était atteinte exclusivement dans 9 cas, la branche maxillaire supérieure dans 2 cas, le nerf ophtalmique de Willis dans 1 cas. Dans 1/5e des cas à peu près, tous particulièrement graves, il existait des irradiations douloureuses dans des domaines d'innervation voisins.

49 malades avaient déjà subi antérieurement — abstraction faite de cures médicales ou électriques — des interventions variées : injections d'alcool précédant ou suivant l'arrachement des différentes branches du nerf trijumeau à la base du crâne; 6 fois seulement, dans des cas particulièrement graves, la neurotomie rétro-gassérienne a été pratiquée d'emblée. De B. est, en effet, d'avis que cette dernière opération n'est indiquée, d'une façon générale, que lorsque tous les autres modes de traitement auront été essayés et auront échoué.

La neurotomie a toujours pu être exécutée en un temps, sauf dans un cas où le décollement de la dure-mère amena, par ouverture du sinus pétreux supérieur, une hémorragie telle qu'il fallut maintenir un tamponnement prolongé et remettre la suite de l'opération à plusieurs jours de là. Toutes les opérations ont été faites sous narcose à l'éther ou au chloroforme; une tentative d'intervention sous anesthésie locale échoua. La moyenne de la durée des interventions fut de 50 minutes; elle dépend essentiellement de l'hémorragie produite à l'occasion du décollement de la dure-mère; il faut parfois longuement tamponner et patienter.

2 malades ont succombé aux suites immédiates de l'opération (mortalité 4 pour 100). Le premier a été sans nul doute infecté par l'opérateur lui-même qui n'avait pu protéger ses mains avec des gants de caoutchouc (c'était à la fin de la guerre) et il est mort au 4e jour de méningo-encéphalite typique. Le second est mort des suites d'un accident opératoire, le bec d'un écarteur ayant dérapé et ayant déchiré largement le sinus pétreux supérieur et la tente du cervelet; l'opéré ne se releva pas du choc opératoire et mourut dans la nuit. Un 3e malade faillit succomber à une formidable hémorragie causée par la blessure du golfe de la carotide interne au moment de la section de la racine rétro-gassérienne, séparée seulement, dans ce cas, du vaisseau par une simple membrane fibreuse; un tamponnement très serré arrêta l'hémorragie, mais la malade — une femme de 63 ans — est restée hémiplégique depuis.

Dans tous les autres cas, les suites immédiates ont été des plus simples. De B. croit toutefois devoir appeler l'attention sur certaines manifestations qui sont survenues assez fréquemment, après l'opération, du côté des nerfs oculo-moteurs et facial, et sur des troubles trophiques qui se sont produits du côté de l'œil. Dans le 1/3 des cas au moins, il y a eu des paralysies, le plus souvent de l'oculo-moteur externe seul, d'autres fois de tous les nerfs oculaires simultanément. Ces paralysies, causées vraisemblablement par les mèches de tamponnement agissant sur le sinus caverneux et les nerfs y contenus, régressent d'ordinaire assez rapidement ; dans quelques cas cependant, elles ont persisté pendant plusieurs mois ; quant à la paralysie faciale, elle est exceptionnelle (3 fois paralysie vraie, 5 fois plutôt parésie) ; elle disparaît toujours au bout de quelque semaines ; on ne s'explique d'ailleurs pas son origine. La section de la racine rétro-gassérienne entraînant fatalement la section de la racine motrice, mince filet entièrement accolé à la face inférieure de la racine sensitive, il en résulte régulièrement la paralysie des muscles masticateurs du côté correspondant avec déviation de la mâchoire et articulation vicieuse des dents; mais, c'est un inconvénient dont les opérés ne se plaignent guère et ils apprennent bien vite à mastiquer convenablement. Des troubles trophiques du côté de l'œil ont été observés dans 9 cas : 2 fois, tardivement, après des mois, dans des cas de névralgie par tumeur maligne; 7 fois très tôt après l'intervention; 3 fois, ils ont cédé rapidement au traitement institué (compresses humides chaudes), mais, 4 fois, ils ont provoqué, malgré tout, la perte de l'œil. On voit que, quoi qu'en ait dit van Gebuchten, la neurotomie rétro-gassérienne ne met pas d'une façon certaine le globe oculaire à l'abri de ces troubles trophiques.

La neurotomie rétro-gassérienne guérit radicalement et définitivement la névralgie faciale quelles que soient sa gravité et sa ténacité : vérification faite par de B. sur 27 de ses opérés qu'il a pu reviser à des dates variant de 6 mois à 12 ans après l'opération. Il signale un fait déjà constaté à la suite de la gassérectomie : des opérés ayant de l'anesthésie totale au début sont devenus plus tard hypoesthésiques; chez d'autres, les zones d'anesthésie ou d'hypoesthésie se sont notablement rétrécies, ce qui démontre qu'au bout d'un certain temps il se fait une suppléance des innervations voisines qui se prononce de plus en plus.

De B. termine par quelques conseils relatifs à la technique opératoire : nécessité, pour atteindre à coup sûr la racine du trijumeau, de suivre la face antérieure du rocher et de ne s'en écarter sous aucun prétexte; nécessité de décoller la dure-mère jusqu'à ce que vienne sourdre le liquide céphalo-rachidien, ce qui indique l'ouverture de la loge de Meckel contenant le ganglion; moyen d'arrêter l'hémorragie du sinus pétreux supérieur par tamponnement; enfin, importance qu'il y a, pour éviter à coup sûr la blessure du golfe de la carotide, de toujours sectionner le cordon nerveux sur une sonde cannelée.

J. Dumont.

De Beule. ***Kyste dermoïde du médiastin*** — Un homme de 62 ans entre à l'hôpital dans un état d'asphyxie menaçante, fortement dyspnéique et cyanosé. Depuis 5 à 6 ans déjà, il est atteint d'anhélation progressive. L'examen clinique et radiographique relève la présence, dans la cage thoracique, d'une masse colossale, globuleuse, refoulant le cœur à gauche et les poumons dans les gouttières costo-vertébrales.

On porte le diagnostic de kyste dermoïde probable du médiastin antérieur. De B. se contente de faire, sous anesthésie locale, une simple trépanation du sternum ; il tombe immédiatement sur une poche qui, à l'incision, laisse écouler du sébum caractéristique. Les pourtours de la poche sont ourlés à la peau par marsupialisation. L'évacuation totale a mis plus de 4 semaines à se faire pendant lesquelles il est sorti des kilogrammes de sébum et des tresses entières de cheveux. A mesure que la poche se vidait, les poumons, qui étaient cependant comprimés depuis de longues années, sont revenus progressivement sur eux-mêmes et ils ont maintenant leur volume d'expansion normale. Le malade est complètement débarrassé de ses phénomènes dyspnéiques, il n'a gardé de l'opération qu'une petite fistule qui correspond à l'orifice de trépanation du sternum. L'opération date d'environ 6 mois.

On connaît actuellement une soixantaine de cas de gros kystes dermoïdes du médiastin antérieur dont un certain nombre ont été opérés; mais toutes ces opérations ont été extrêmement mutilantes (résections plus ou moins larges de la cage thoracique avec extirpation du kyste) et ont entraîné une mortalité considérable. Le cas de de B. montre qu'une intervention des plus simples et des plus bénignes (simple trépanation décompressive) est susceptible de donner un résultat excellent.

J. Dumont.

REVUE DES JOURNAUX

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Tome II, n° 44, 29 Octobre 1923.

E. Urbach (de Vienne). ***Contribution à la pathogénie du « livido racemosa ».*** — Le professeur S. Ehrmann a décrit, en 1907, sous le nom de *livido racemosa*, des taches vasculaires, provoquées par une hyperémie passive dans les capillaires de la peau, et qui, au point de vue anatomo-pathologique, correspondaient à une endartérite oblitérante avec prolifération de l'intima du réseau profond des artérioles cutanées. Etiologiquement, le dermatologiste viennois avait cru, tout d'abord, avoir affaire à une forme tardive de la syphilis cutanée. Plus tard, d'autres facteurs ont été invoqués : tuberculose (Waelsch), angiospasme d'origine toxique ou infectieuse (Peller, Ehrmann).

En analysant les faits publiés jusqu'à présent et auxquels il ajoute 2 observations personnelles, U. constate l'existence de la syphilis dans la moitié des cas, mais presque toujours on trouve aussi, à côté de la vérole, d'autres affections témoignant de l'état morbide du cœur et surtout des vaisseaux périphériques. Dans les 21 cas non syphilitiques, on retrouve encore des affections entraînant des altérations anatomiques ou fonctionnelles du système vasculaire : maladies infectieuses chroniques (tuberculose) ou aiguës (typhus exanthématique, dysenterie), intoxications (alcoolisme), artério-sclérose.

D'après Waelsch, le *livido racemosa* impliquerait une lésion anatomique ou une altération fonctionnelle de la paroi veineuse. Pour Peller, il s'agirait également d'une affection veineuse. U. serait, lui aussi, enclin à admettre comme fond morbide soit une faiblesse congénitale des veines, soit une parésie fonctionnelle ou organique des veines cutanées; le *livido racemosa* apparaîtrait lorsque à ce fond vient s'ajouter une cause (infection, intoxication, usure) entravant la circulation dans les vaisseaux artériels cutanés. L. Cheinisse.

N° 46, 12 Novembre 1923.

B. O. Pribram (de Berlin). ***Protéinothérapie et traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.*** — P. a recours systématiquement à la protéinothérapie dans tous les cas d'ulcère gastrique, y compris ceux qui s'accompagnent de sténose du pylore avec dilatation de l'estomac. On est surpris de voir combien de sténoses graves apparemment mécaniques se montrent, en réalité, d'origine spasmodique : l'estomac récupère sa motilité normale, et cela de façon définitive.

P. se sert d'un produit spécialisé (*Novoprotin*), dont il injecte dans les veines de 0 cmc 2 à 1 cmc suivant la réaction du malade. Il n'est pas nécessaire de provoquer des phénomènes réactionnels très violents, mais la dose doit être suffisante pour amener, chaque fois, une réaction appréciable, ne se traduirait-elle que par une légère élévation de la température.

Si, après une dizaine de piqûres, on n'a pas obtenu de résultat net, on recommence, après un repos d'environ 6 semaines, une nouvelle cure comprenant, tout au plus, le même nombre d'injections.

En cas d'un second échec, il est inutile de prolonger davantage ce traitement; il faut alors opérer et, autant que possible, pratiquer une résection radicale.

Y a-t-il utilité à associer à la protéinothérapie un traitement diététique et l'emploi des alcalins et de la belladone? Pour sa part, P. n'a pas observé, avec cette association, de résultats notablement supérieurs à ceux que donnait la protéinothérapie seule. Les cas rebelles à celle-ci résistaient généralement aux moyens internes usuels. Par contre, il a pu souvent, grâce à la protéinothérapie, enregistrer des succès là où le régime et les médicaments habituellement employés en pareille occurrence avaient échoué. L. Cheinisse.

H. Böwing (de Erlangen). ***Troubles du fonctionnement vasculaire, de la sécrétion sudorale, du réflexe pilomoteur et du trophisme après lésions nerveuses organiques.*** — Pour étudier les troubles fonctionnels des vaisseaux cutanés, B. s'est adressé tout d'abord à la méthode dermographique. Mais l'expérience lui ayant montré que le dermographisme est indépendant des lésions nerveuses (tout au moins tant que la température cutanée reste normale), il a utilisé, dans le même but, des mensurations de la pression sanguine.

Sur 12 hémiplégiques qui ont été examinés à cet égard, 2 seulement, chez qui les phénomènes paralytiques étaient légers, n'ont montré aucune différence de pression sanguine entre les 2 bras. Par contre, dans 5 cas d'hémiplégie accentuée et relativement récente, chaque mensuration dénotait une augmentation de 5 à 20 mm. de mercure du côté paralysé. Dans les 5 autres cas, où le début de l'hémiplégie remontait déjà à des années et où il existait des contractures de la musculature paralysée, on a noté, au contraire, un abaissement de la pression sanguine du côté paralysé, abaissement qui, dans un de ces cas, atteignait 35 mm.

Ces constatations cadrent bien avec celles que Kahler (de Vienne) a faites dans 49 cas d'hémiplégie cérébrale.

Chez 4 malades avec paraplégie flasque et chez 1 paraplégique spasmodique, on a trouvé, du côté des membres inférieurs paralysés, une pression sanguine supérieure de 11 à 30 mm. à celle des bras non atteints.

L'activité des glandes sudoripares est beaucoup plus étroitement liée au système nerveux central que le fonctionnement des vaisseaux.

En cas de lésion des nerfs périphériques, l'état de la sécrétion sudorale permet de faire des déductions relatives à l'état des voies sensitives : l'anhidrose plaide en faveur d'une interruption totale, tandis qu'une lésion partielle se traduit souvent par de l'hyperhidrose.

Les lésions de la moelle s'accompagnent très fréquemment de troubles dans la sécrétion sudorale. Il en est ainsi notamment dans la syringomyélie, dans la poliomyélite et dans le tabes, où l'hypersécrétion du début fait suite à l'anhidrose lorsque l'évolution progressive du processus finit par détruire les centres présidant à cette sécrétion.

En étudiant 11 malades avec lésions transversales de la moelle, B. a pu toujours obtenir, à l'aide de divers agents sudorifiques, une sécrétion sudorale au niveau des membres inférieurs, sécrétion plus faible, il est vrai, que chez les sujets normaux.

Chez les mêmes malades, le réflexe pilomoteur s'est montré exagéré au-dessous de la lésion.

Une exagération de ce réflexe du côté paralysé a aussi été notée chez la plupart des hémiplégiques.

Le fonctionnement des vaisseaux cutanés, de la sécrétion sudorale et du réflexe pilomoteur se trouvant en rapport étroit avec le centre thermique, qui, d'après les recherches récentes, siège au niveau du cerveau intermédiaire, c'est là également qu'il convient de chercher le centre présidant à ces fonctions. L. Cheinisse.

H. Rosenfeld (de Berlin-Wilmersdorf). ***Recherches cliniques sur la « douleur à la pression de l'oreille ».*** — Sous le nom de *signe auriculaire de la méningite*, Mendel (de Berlin) a récemment décrit un signe qui consiste en une sensation douloureuse à la pression exercée sur la paroi postérieure du conduit auditif externe. D'après Mendel, il s'agirait là d'un signe précoce de la méningite, qui serait très important pour le diagnostic différentiel entre les simples manifestations d'ordre toxique et l'irritation anatomique des méninges.

Les recherches instituées par R. à l'hôpital municipal de Berlin-Wilmersdorf n'ont point confirmé la valeur de ce « signe auriculaire », qui, loin d'être propre à la méningite, se rencontre aussi dans les lésions locales de la paroi du conduit auditif (furoncle, eczéma), dans les processus inflammatoires des tissus avoisinants (mastoïdite), ainsi que toutes les fois que la sensibilité générale de l'individu est exagérée : fièvre, migraine (même latente), céphalée post-épileptique, méningisme, commotion cérébrale, etc. L. Cheinisse.

N° 47, 19 Novembre 1923.

A. Stern et H. Hirsch (de Francfort-sur-le-Mein). ***Nouvelle contribution à l'étude des capillaires.*** — Ce travail comprend une partie clinique, due à S., et une partie expérimentale, due à la collaboration de S. et H.

En ce qui concerne les recherches capillaroscopiques cliniques, méritent particulièrement d'être retenues celles qui visent l'éclampsie et le stade pré-éclamptique. Pendant les convulsions, on constate un ralentissement de la circulation et un rétrécissement du calibre sur de nombreux points; parfois, les capillaires présentent une apparence filiforme dans toute leur étendue.

Dans la phase pré-éclamptique, dans l'intervalle des accès et au cours de la convalescence, ainsi qu'au cours de cet état qui, cliniquement, se traduit chez les femmes enceintes par des maux de tête, par une élévation de la pression sanguine, par des œdèmes, de l'albuminurie et de la cylindrurie, S. n'a pas pu constater l'existence d'un tableau capillaroscopique uniforme. Si, dans la plupart des cas, les vaisseaux étaient rétrécis, il y avait, cependant, des malades dont les capillaires n'étaient pas modifiés quant à leur calibre.

Cela étant, S. ne croit pas pouvoir souscrire à la théorie de Hinselmann, qui cherche à expliquer la pathogénie de l'éclampsie par l'angiospasme des petits vaisseaux. La crise éclamptique, au cours de laquelle la vaso-constriction s'observe avec le plus de constance, constitue une telle perturbation dans l'ensemble de l'organisme qu'il n'est pas possible d'établir, dans la multitude de ses manifestations, une distinction entre ce qui est primaire et ce qui est secondaire. Et, dans l'intervalle des crises, tout comme au cours de la période pré-éclamptique, les phénomènes vasculaires ne sont pas assez uniformes pour que l'on puisse en tirer une conclusion relative au mécanisme pathogénique de l'éclampsie.

Les recherches expérimentales de S. et H. ont porté sur la constriction des capillaires sous l'influence de l'adrénaline et sur la signification de ces vaisseaux pour la régularisation de la circulation sanguine.

L'ensemble de ces recherches n'a pas permis d'établir, de façon certaine, que la circulation soit influencée par une contraction isolée ou par quelque autre mouvement actif des capillaires. En ce qui concerne les capillaires, on n'a pas encore déterminé sûrement le substratum anatomique des modifications actives de leur calibre. Marchand (voir *La Presse Médicale*, 23 Juin 1923, Analyses, p. 67) estime que, même avec les colorations des cellules de Rouget-Mayer d'après le procédé de Vintrup, la contractilité des capillaires n'est pas prouvée.

En somme, on manque de preuve pour affirmer la réalité de l'existence d'éléments contractiles entourant le tube endothélial des capillaires, et tous les phénomènes peuvent aussi bien s'expliquer par la réaction passive de ce tube endothélial. L. Cheinisse.

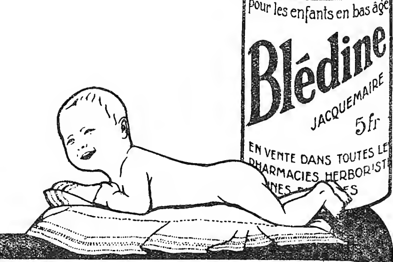
MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Tome LXX, n° 40, 5 Octobre 1923.

F. Lucsckh et H. Spatz. ***Modifications du système nerveux central dans le parkinsonisme post-encéphalitique.*** — Après Trétiakoff, Lhermitte, L. Cornil, L. et S. attirent l'attention sur les lésions importantes que présente le locus niger de Sömmering dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

D'après l'étude de 18 cas, ils concluent que, tandis que dans la majorité des cas de parkinsonisme, surtout dans les cas déjà anciens, on ne trouve plus de lésions, ou seulement des lésions insignifiantes dans les points qu'affectionne l'encéphalite épidémique ou dans les autres régions cérébrales, on constate au contraire des altérations si constantes et si accentuées du locus niger qu'on doit les considérer comme pathognomoniques et comme la cause du parkinsonisme.

Ces altérations sont déjà visibles à l'œil nu et se traduisent par la décoloration de la bande noire, par le manque de netteté de ses limites, par la diminution de la surface qu'elle occupe. Microscopiquement il existe toute une gamme de lésions, qui va des altérations habituelles du stade aigu de l'encéphalite, avec toutefois une atteinte déjà plus marquée des cellules


pour les enfants en bas âge
Blédine
JACQUEMAIRE
5fr
EN VENTE DANS TOUTES LE
PHARMACIES HERBORIST


FORMAT
TENIR LA BOITE FERMÉE ET AU
Antiphlogistine

nerveuses elles-mêmes, jusqu'à la substitution d'un tissu cicatriciel névroglique aux cellules ganglionnaires pigmentées du locus niger, dans les cas anciens. La zone rouge du locus niger est respectée ainsi que d'ailleurs le corps strié et le globus pallidus.

L. et S. n'ont pas retrouvé d'altérations semblables du locus niger dans la maladie de Parkinson.

P.-L. Marie.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

Tome XX, n° 46, 18 Novembre 1923.

Prof. O. Pötzl (Prague). — *Les méthodes modernes non spécifiques de traitement de la paralysie générale et les méthodes de contrôle précis de leurs résultats. Signification des modifications du liquide céphalo-rachidien dans le cours du traitement de la paralysie générale par inoculation de malaria selon le procédé de Wagner-Jauregg.* — P. a traité, depuis 2 ans, 17 malades par la méthode de Wagner-Jauregg. Chez 10 d'entre eux, il a pu suivre dans de bonnes conditions les modifications du liquide céphalo-rachidien. Dans la plupart de ces observations, il y a eu baisse de la lymphocytose, quelquefois diminution d'intensité de la réaction de Wassermann, mais surtout modifications de la réaction de l'or colloïdal et de la réaction des hémolysines de Weil-Kafka.

La réaction de Weil-Kafka serait la plus importante à suivre. Le principe en est le suivant. Tandis que le sérum humain normal contient une hémolysine antimouton, le liquide céphalo-rachidien n'en contient pas. Or, lorsque la perméabilité des vaisseaux méningés se trouve augmentée à l'égard de certaines albumines, l'hémolysine antimouton passe dans le liquide. C'est ce qui arrive dans les méningites aiguës, au cours desquelles l'hémoyse se produit généralement sans qu'il soit nécessaire d'ajouter de complément. C'est également ce qui se produit avec le liquide des paralytiques; mais ici il est généralement nécessaire d'ajouter du complément; c'est seulement lors des poussées évolutives de la maladie que la réaction se produit parfois sans addition de complément.

La réaction de Weil-Kafka était positive chez 9 malades sur les 10 qui ont été suivis par P. Chez 6 d'entre eux, elle a disparu à la suite du traitement, et cela généralement vers le 2e mois. Ces résultats sont plus satisfaisants, mais de même ordre que ceux de la médication phlogogène de Fischer (cette dernière étant, au dire de P., supérieure dans le traitement du tabes). La disparition de la réaction de Weil-Kafka correspondrait à un état stationnaire du processus paralytique, et souvent à la constitution d'un état d' « hallucinose chronique », de type paranoïde, qui serait surtout l'expression des « paralysies générales stationnaires », et qui s'expliquerait par la localisation fréquente des lésions dans le lobe temporal en pareil cas (Straüszler et Kostkinas). Cette réaction, bien qu'elle ne soit nullement spécifique de la paralysie générale, et qu'elle n'ait guère de valeur pour le diagnostic, serait donc d'un intérêt capital pour le pronostic, elle traduirait les poussées évolutives, et elle permettrait de suivre l'influence du traitement. P. discute longuement, à ce propos, la pathogénie de la paralysie générale et le rôle que peut y jouer la perméabilité méningée.

J. Mouzon.

N° 47, 25 Novembre 1923.

G. Hermann et Fr.-Th. Münzer. *Les méthodes modernes non spécifiques de traitement de la paralysie générale et les méthodes de contrôle précises de leurs résultats. L'évolution des altérations du liquide céphalo-rachidien pendant et après le traitement de la paralysie générale par les inoculations de malaria selon la méthode de Wagner-Jauregg.* — Les résultats rapportés par H. et M. en détail semblent être ceux auxquels Pötzl se rapporte dans l'article précédent. Les études ont été poursuivies chez 16 malades, dont 10 ont pu être examinés avant et après le traitement. Sur ces 10 cas, il y a eu 7 fois diminution de la lymphocytose (en 3 mois environ), 2 fois disparition de la réaction de Nonne-Appelt, 9 fois diminution de la réaction de Wassermann (mais non disparition). Les modifications apportées à la réaction de l'or colloïdal et à celle des hémolysines (technique de Weil-Kafka un peu modifiée, dont H. et M. donnent le détail) sont plus importantes et surtout plus précoces. 9 fois la réaction des hémolysines était positive avant le traitement; elle devint négative, après le traitement, dans 6 de ces 9 cas. La réaction de l'or était de type paralytique dans 9 cas également. Elle se modifia chez tous ces malades, sauf un, dans le sens d'une réaction de type syphilitique. Dans un cas, la disparition de la réaction des hémolysines et la modification de la réaction de l'or se sont manifestées dès le premier accès palustre.

J. Mouzon.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Tome LXXIII, n° 47, 17 Novembre 1923.

Prof. Wagner-Jauregg. *Prophylaxie du goitre.* — W.-J. s'alarme de la fréquence croissante du goitre dans toute l'Europe centrale : Autriche, Allemagne du sud, Hongrie. Il reprend l'historique des théories pathogéniques qui ont été émises sur l'origine du goitre endémique, rappelle les expériences qui ont été faites sur le rat blanc pour le reproduire, et rassemble les faits qui démontrent le rôle de la carence iodée dans la production de la maladie et l'action favorable de l'iode dans son traitement. Mais ce qui importe, c'est la prophylaxie. Les expériences de Roux à Lausanne, de Hunziker à Adliswill, de Bayard à Zermatt ont montré que des quantités minimes d'iode (0 milligr. 04 par jour par exemple) sont suffisantes pour empêcher le développement du goitre, et qu'elles n'entraînent pas de danger d'intoxication ni d'hyperthyroïdisme. W.-J. pense rendre l'iode plus efficace et faciliter sa tolérance en lui adjoignant des tablettes de thymus. Il insiste sur le traitement pendant la grossesse, pour éviter le goitre congénital. Mais il attache surtout une grande importance à la vulgarisation du sel iodé. Il rappelle les essais très concluants qui ont été déjà faits, à cet égard, dans divers cantons suisses. Dans le canton d'Appenzell, en particulier, Eggensberger a obtenu la vulgarisation d'un sel de cuisine qui renferme 5 milligr. de KI par kilo: le mélange de l'iodure de potassium au chlorure de sodium se fait par un procédé très simple aux salines de Rheinfelden qui fournissent le sel à la plus grande partie de la Suisse. Depuis plus de deux ans, les deux tiers de la population du canton utilisent le sel iodé, et les résultats sont si favorables que la plupart des autres cantons suisses ont adopté ou projeté des mesures analogues. Là où il fallait opérer 30 ou 40 goitres par an autrefois, il n'a plus été opéré que 7 goitres en 1922, et il s'agissait presque exclusivement de gens qui n'avaient pas consommé de sel iodé. W.-J., qui avait proposé des mesures du même ordre en 1898, mais sans avoir de précisions suffisantes sur les doses, a obtenu la fabrication d'un sel analogue (5 milligr. de KI par kilo) dans les salines autrichiennes. Ce sel est vendu au même prix que le sel ordinaire aux personnes qui le réclament. Cela suffit dans les régions où le goitre est sporadique. Mais là où le goitre est endémique, il faut absolument, pour parer aux crétinismes, aux surdi-mutités qui se multiplient, que le sel iodé soit délivré partout à toutes les personnes qui ne réclameraient pas expressément le sel sans iode. Tous les moyens de propagande doivent, en outre, être mis en œuvre pour en généraliser l'emploi. Le résultat pourra ainsi être obtenu sans obligation impérative, comme il l'a été pour la vaccination.

J. Mouzon.

N° 48, 24 Novembre 1923.

Prof. R. Kraus. *Mon traitement de la coqueluche.* — K. utilise des crachats de coquelucheux, prélevés dans les premiers jours de la phase quinteuse. Il les traite pendant plusieurs jours par l'éther; il vérifie par inoculation leur stérilité, et il les utilise en injections sous-cutanées à la dose de 3 à 5 cmc, tous les 2 ou 3 jours. Sous le nom d' « antitossine », cette préparation a été utilisée dans plus d'un millier de cas en République Argentine, en Uruguay et au Brésil, à la suite de la communication que K. a faite à ce sujet à la Société médicale de Buenos Aires. Les médecins sud-américains, qui y ont eu recours, en ont été très satisfaits. K. rassemble leurs statistiques et reproduit quelques courbes très favorables à sa méthode : diminution rapide du nombre des quintes, arrêt des vomissements, reprise de l'alimentation, rareté plus grande des complications, mortalité bien moindre au total. Or la morbidité et la mortalité par coqueluche sont très élevées en Amérique du Sud (mortalité par coqueluche à Sao-Paulo : 10,96 pour 100.000 habitants dans la période de 1887 à 1917). K. pense que le produit qu'il fait préparer devrait être essayé également à titre préventif.

J. Mouzon.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(Leipzig)

Tome XXXIX, fasc. 2, Novembre 1923.

S. A. Petroff (de Saranac Lake, Etats-Unis). *La réaction de fixation du complément dans la tuberculose.* — P. passe en revue les travaux américains sur la réaction de fixation dans la tuberculose et s'arrête principalement sur la valeur de la méthode au point de vue du diagnostic.

Sur 1.031 cas examinés à cet égard, la réaction dont il s'agit s'est montrée positive dans une proportion de 78,3 pour 100. Elle fut positive dans 85 pour 100 des tuberculoses se traduisant par des signes cliniques, et dans 64 pour 100 des cas sans signes cliniques. Les formes de début ont réagi positivement dans une proportion de 63 pour 100; les cas moyennement avancés dans 78 pour 100; les cas très avancés dans 81 pour 100.

La réaction demande une technique soigneuse et ne saurait prétendre à la même valeur objective que la constatation de la présence de bacilles tuberculeux.

D'autre part, la réaction de fixation ne saurait être comparée à l'examen physique, ni à la radioscopie : ces deux méthodes ne s'appliquent qu'à la tuberculose pulmonaire, tandis qu'une réaction positive indique, d'une manière générale, la présence d'un processus tuberculeux dans l'organisme. Elle ne saurait, à elle seule, permettre d'établir un diagnostic; sa valeur est surtout confirmative.

L'épreuve est encore à l'étude. Elle est, en tout cas, plus complexe que la réaction de Wassermann et n'est à la portée que des hommes de laboratoire rompus à ce genre de recherches.

L. Cheinisse.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Tome LXXVII, n° 47-48, 24 Novembre 1923.

Baumann et Heimann. *Les processus naturels et artificiels d'immunisation dans la blennorragie.* — Les premiers essais d'immunothérapie gonococcique datent de 1907-1908; on s'adressait alors à l'immunisation passive en inoculant des gonocoques à des animaux dont on injectait le sérum à des malades. Cette thérapeutique n'a donné aucun résultat.

On s'est adressé ensuite en 1908-1909 à l'immunisation active, en injectant au malade des gonocoques tués. De nombreuses préparations ont été créées, en particulier à l'arthigon, mais les résultats obtenus furent très inconstants.

Les auteurs ont fait des recherches avec divers vaccins : vaccins polyvalents, auto-vaccins, arthigon. Ils ont surtout traité des femmes : 58 avec un stock-vaccin, 6 avec de l'auto-vaccin, 11 d'abord avec l'arthigon, puis avec un vaccin polyvalent, 17 avec l'arthigon seul. Un traitement local était employé en même temps.

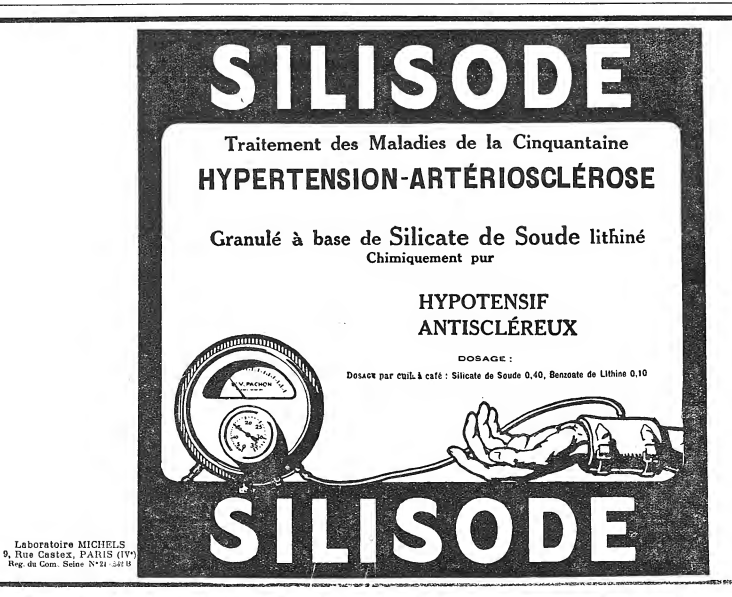
Dans 28 cas traités par l'arthigon, on trouvait encore du gonocoque au bout de 46 jours; les gonocoques disparaissaient seulement au bout de 60 jours.

Sur 68 cas traités par les vaccins polyvalents, 47 furent débarrassés de leurs gonocoques en 24 jours; 11 cas, traités sans succès par l'arthigon pendant 46 jours, furent stérilisés après 14 jours de traitement par le vaccin polyvalent.

Dans la blennorragie masculine, l'auto-vaccin amena la disparition des gonocoques dans 80 p. 100 des cas chroniques, l'hétéro-vaccin polyvalent dans 40 pour 100; dans les cas subaigus, on obtint 100 pour 100 de succès.

Les auteurs ont cherché à se rendre compte des processus d'immunisation par les vaccins à l'aide de la réaction du complément. Ils ont employé comme antigène un vaccin polyvalent et l'arthigon. 50 sérums de malades non blennorragiques donnèrent avec cet antigène 97 pour 100 de résultats négatifs.

109 blennorragiques furent examinés à ce point de


SILISODE
Traitement des Maladies de la Cinquantaine
HYPERTENSION-ARTÉRIOSCLÉROSE
Granulé à base de Silicate de Soude lithiné
Chimiquement pur
HYPOTENSIF
ANTISCLÉREUX
DOSAGE :
Dosage par cuil. à café : Silicate de Soude 0,40, Benzoate de Lithine 0,10
SILISODE
Laboratoire MICHELS
9, Rue Castex, PARIS (IVe)
Reg. du Com. Seine N° 21 542 B

vue: 40 n'avaient pas été traités par des vaccins, 69 avaient été vaccinés. Chez les malades non traités par les vaccins, la déviation du complément fut positive dans 30 pour 100 des cas de la 1re à la 4e semaine, dans 66 pour 100 de la 4e à la 8e semaine, dans 60 pour 100 de la 8e à la 12e semaine et dans 63 p. 100 au delà de la 12e semaine. Chez les malades traités, le résultat fut positif respectivement dans 51 p. 100, 92 pour 100, 90 pour 100 et 79 pour 100.

Ces faits montrent que la présence d'anticorps augmente progressivement pour atteindre son maximum de la 4e à la 8e semaine, et redescend ensuite. Les cas traités par les vaccins donnent un résultat positif plus important que les cas non traités (92 pour 100 contre 66 pour 100). Les anticorps sont donc augmentés par la vaccinothérapie et cette augmentation coïncide habituellement avec la guérison clinique du malade. R. Burnier.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(Kharkov)

Tome VI, n° 18-20, 15 Octobre 1923.

V. A. Elberg et S. Steinberg (de Kiev). *Les modifications du sang chez les sujets normaux sous l'influence d'une alimentation insuffisante.* — Les recherches de E. et S. ont porté sur 83 sujets, dont 62 hommes et 21 femmes. Chez plus d'un tiers des hommes (37 pour 100) et chez 1/5 environ des femmes (19 pour 100), les années de famine ont été suivies d'une anémie plus ou moins accentuée. Chez les autres, le sang, malgré sa teneur normale ou même exagérée en globules rouges et en hémoglobine, était trop riche en eau (hydrémie) et pauvre en albumines.

Il existait, en outre, une tendance à la leucopénie, avec lymphocytose relative et prédominance, parmi les lymphocytes, de formes « actives », à large bande de protoplasma.

Ces modifications du tableau hématologique témoignent d'une perturbation profonde dans la nutrition de l'organisme, obligé à vivre sur ses réserves graisseuses. L. Cheinisse.

A. I. Koudriavzeva (de Kharkov). *Recherches sur les échanges organiques au cours de l'avitaminose.* — Par une série de recherches instituées au Laboratoire de chimie physiologique, dirigé par le professeur A. V. Palladine, K. a pu constater que l'avitaminose, provoquée chez des lapins nourris avec du riz décortiqué ou de l'avoine surchauffée, détermine des troubles dans les échanges, en particulier dans le métabolisme des hydrates de carbone et de la créatine.

Dans l'avitaminose due au riz décortiqué, les troubles des échanges hydrocarbonés se traduisent par l'hyperglycémie, qui, après avoir atteint un point maximum, commence à baisser pour céder finalement la place à de l'hypoglycémie.

L'alimentation avec de l'avoine surchauffée provoque tout d'abord une hypoglycémie, à laquelle se substitue plus tard une hyperglycémie, qui persiste jusqu'à la fin de l'expérience.

Dans ces deux formes d'avitaminose, on voit s'accentuer les processus de dédoublement des protéines musculaires, ce qui entraîne une augmentation du taux de la créatine dans les muscles, avec créatinurie.

L'influence de ces formes d'avitaminose sur les autres éléments azotés de l'urine et sur l'élimination des substances minérales est beaucoup moins prononcée. L. Cheinisse.

N. N. Koudriavtzev (de Kharkov). *Contribution à l'étude des modifications de l'adrénaline dans les tissus.* — Les recherches instituées par K. au Laboratoire de pharmacologie de l'Académie militaire de médecine de Petrograd, sous la direction du professeur N. P. Kravkov, ont montré qu'après passage à travers les vaisseaux du rein isolé ou de l'oreille, la solution d'adrénaline possède des propriétés vasoconstrictrices plus marquées qu'elles ne l'étaient avant ce passage.

D'autre part, les solutions d'adrénaline deviennent aussi plus stables après leur passage à travers les vaisseaux du rein isolé ou de l'oreille.

Ces modifications dépendent vraisemblablement de certaines substances que le liquide de Locke entraîne en traversant les vaisseaux de l'organe, ou d'un changement dans la composition même de ce liquide.

Après passage à travers les vaisseaux de l'organe, le liquide de Locke peut devenir moins alcalin. Or, les processus d'altération de l'adrénaline évoluent avec plus d'intensité dans un milieu alcalin. L. Cheinisse.

THE LANCET

(Londres)

N° 5224, 13 Octobre 1923.

J Morley. *Relations de l'ulcère gastrique et du cancer* — On admet généralement que l'ulcère gastrique subit souvent la transformation cancéreuse. Cette opinion a été défendue par les frères Mayo avec des arguments cliniques et anatomo-pathologiques ; W. J. Mayo admet une proportion de 54 pour 100, Wilson et Mac Carty, de 71 pour 100.

Parmi les auteurs britanniques, Sherren indique 25 pour 100, Moynihan 66 pour 100, Walton 33 pour 100; mais Paterson, Spilsbury sont d'opinion contraire.

Récemment, un auteur suédois, Nielsen, qui a pu suivre, pendant des années, 221 malades atteints d'ulcère, admet qu'il n'y a pas de prédisposition au cancer.

M. a observé personnellement 50 cas d'ulcères gastriques chroniques qu'il a enlevés par gastrectomie partielle et dont il a fait l'examen histologique ; — 10 cas d'ulcères traités par gastro-entérostomie ; — 56 cas de cancer gastrique.

Dans le 1er groupe, il constate 5 fois une transformation cancéreuse nette ; 5 fois, une irrégularité de l'épithélium glandulaire au bord de l'ulcère, qui pourrait être considérée comme la première étape d'une transformation maligne ; mais, en réalité, si quelques tubes glandulaires semblent envahir la *muscularis mucosæ*, c'est plutôt une réaction inflammatoire banale ou un processus de guérison qu'une prolifération cancéreuse. Dans 40 cas, il n'y a aucun aspect néoplasique.

Dans le 2e groupe, il s'agit de malades âgés de 31 ans, en moyenne, dont l'affection date de 9 ans, en moyenne ; au bout de plusieurs années après l'opération, 9 d'entre eux sont encore en bonne santé ; un seul est mort d'hématémèse.

Le 3e groupe comprend 56 cas de cancer, dont 46 vérifiés à l'opération ; dans l'ensemble, ces malades sont âgés de 49 ans en moyenne, et souffrent depuis 12 mois, tandis que les malades atteints d'ulcère ont en moyenne 32 ans, et souffrent depuis 10 ans. Sur 56 cancéreux, il y en a 52 qui n'ont aucun passé gastrique, à part les signes récents du cancer.

Il faut noter cependant que 13 de ces malades ont simulé l'ulcère, par la périodicité des crises douloureuses au début de leur maladie, par la conservation de l'appétit et la diminution des douleurs après ingestion d'aliments : c'est un type de cancer à évolution lente.

Chez les malades atteints d'ulcère gastrique, la gastrectomie partielle reste l'opération de choix, non pas à cause de la possibilité d'une transformation néoplasique, mais parce qu'il est impossible, à l'intervention, de distinguer un ulcère chronique simple d'un cancer simulant l'ulcère, et parce que c'est le meilleur traitement chirurgical des ulcères chroniques. J. Rouillard.

N° 5225, 20 Octobre 1923.

Harold Scott. *Un traitement de la sprue basé sur une nouvelle théorie pathogénique.* — S. publie l'observation de plusieurs cas de sprue qu'il a guéris par l'administration de lactate de chaux et d'extrait parathyroïdien. Voici l'une de ces observations : un homme de 48 ans, malade depuis 1920, n'est guère amélioré et fait des rechutes malgré les traitements classiques ; il présente de l'acidité et de la flatulence gastriques, des ulcérations buccales, ressemblant à des aphtes ; sa langue est rouge et à vif ; il a des selles abondantes, pâles et mousseuses ; il a des crampes dans les mollets, et il maigrit. On le met au régime lacté ; on lui donne chaque jour 1 gr. 20, puis 1 gr. 80 de lactate de chaux en deux cachets. L'examen du sang montre un taux de calcium normal : il y a donc trouble de l'assimilation plutôt que déficit calcique. On ajoute alors, matin et soir, 6 milligr. d'extrait parathyroïdien ; l'amélioration est rapide, pas de rechutes.

D'après S., dans les pays où la sprue existe à l'état endémique, le régime alimentaire est trop riche en protéines ou en graisses ; le suc gastrique est trop acide, d'où une production excessive de sécrétine, qui excite le pancréas et modifie la sécrétion parathyroïdienne. De fait, alors que, normalement, dans les matières fécales, la proportion des graisses neutres par rapport aux acides gras est 1/2, lorsqu'il y a hypersécrétion pancréatique, une plus grande quantité de graisses se trouve détruite et la proportion passe à 1/3 ou même 1/9 ; c'est ce qu'on observe dans les sprues graves.

La sécrétion des glandes salivaires est modifiée, d'où les ulcérations buccales et l'aspect anormal de la langue.

Le métabolisme du calcium est troublé, non que le taux du calcium total soit habituellement réduit, mais le calcium libre, ionique, est diminué au profit du calcium combiné, inassimilable. Ce fait s'observe dans toutes les toxémies, et dans la sprue en particulier.

Pour améliorer le métabolisme du calcium, il faut recourir à l'opothérapie parathyroïdienne ; celle-ci agit également contre la toxémie alimentaire qui existe dans la sprue.

Le traitement idéal est donc : le repos au lit, le régime lacté (en raison de sa richesse en calcium et à cause des ulcérations buccales), l'administration de lactate de chaux et d'extrait parathyroïdien, jusqu'à ce que les ulcérations buccales — et probablement les ulcérations intestinales — soient guéries ; ensuite, régime alimentaire plus large.

Ce mode de traitement est bien préférable aux traitements classiques : régime lacté prolongé, régime de Salisbury (viande hachée et eau chaude), injections d'émétine ou d'extraits hépatiques, vaccins (streptocoques, colibacilles), cure de fraises, santonine. J. Rouillard.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(Chicago)

Tome LXXXI, n° 18, 3 Novembre 1923.

S. Harris (de Birmingham). *La pancréatite dans ses relations avec les infections gastro-intestinales et les infections de la vésicule biliaire.* — H. rapporte 4 observations qui tendent à mettre en évidence le rôle étiologique que jouent, dans le diabète, le traumatisme du pancréas et la pancréatite.

Passant en revue, ensuite, les sources multiples d'infection dans les pancréatites, il montre qu'en raison des rapports anatomiques du pancréas, de son irrigation vasculaire et de ses connexions lymphatiques, les sources les plus fréquentes d'infection sont constituées par des lésions de la vésicule biliaire, de l'estomac, du duodénum et d'autres portions de l'intestin grêle et du côlon.

D'autres foyers d'infection (dents, amygdales) peuvent, cependant, aussi jouer le rôle de cause première.

Une alimentation déficiente constitue la cause prédisposante des lésions intestinales dont relève souvent la pancréatite. Aussi devrait-on s'attacher à faire l'éducation diététique du public, en lui montrant toute l'importance d'un régime contenant les quantités appropriées d'hydrates de carbone, de graisses et de protéines, ainsi que les vitamines nécessaires et les substances minérales essentielles. On assurerait de la sorte, dans une grande mesure, la prophylaxie du diabète. L. Cheinisse.

W. R. Rainey et L. B. Alford (de Saint-Louis). *Le traitement de la méningite septique par le drainage continu.* — En se basant sur un certain nombre de cas consignés dans la littérature médicale et auxquels ils ajoutent 2 observations personnelles, R et A. recommandent comme moyen de traitement de la méningite septique le drainage spinal continu, établi après laminectomie.

Ce mode de traitement leur paraît offrir plus de chances de succès que la sérothérapie.

Pour réussir, le drainage doit être institué à la région lombaire, à une période précoce de l'infection, et être maintenu pendant plusieurs jours.

Les 2 cas relatés par R. et A. ont trait à des méningites septiques d'origine traumatique, survenues chez un garçon de 13 ans et chez un homme de 58 ans.

Le premier patient fut guéri et put quitter l'hôpital au bout d'un mois dans un état à peu près normal (il subsistait seulement un certain degré de confusion mentale).

Quant au second malade (méningite consécutive à une blessure par arme à feu de l'oreille droite), il fut d'abord notablement amélioré par le drainage spinal ; puis, il eut une rechute, qui, elle aussi, céda au drainage. Cependant, 3 mois environ après l'accident, il succomba à une pneumonie. L'autopsie montra le projectile logé en arrière de la selle turcique et entouré de pus. L. Cheinisse.

N° 20, 17 Novembre 1923.

J. F. Montague (de New-York). ***Relations entre le prurit anal et les affections chroniques des viscères abdominaux et pelviens.*** — M. estime que les cas de prurit anal peuvent, cliniquement, être divisés en 2 catégories.

Dans la 1re, il s'agit d'un prurit *direct (pruritus ani* proprement dit), dû à l'irritation des nerfs périphériques venant aboutir à la zone qui est le siège du prurit ; la nature directe de cette irritation peut être mise en évidence par l'abolition de la sensation de démangeaison sous l'influence de l'anesthésie locale ou de la section des nerfs superficiels.

Dans la seconde catégorie de cas, on a affaire à un prurit *indirect (prurit anal)* qui a pour point de départ, non pas la zone où siègent les sensations prurigineuses, mais une irritation des nerfs viscéraux. Sans doute, à la longue, ce prurit indirect entraînant des lésions de dermatite, il vient se surajouter un élément de prurit direct, d'origine mécanique ou infectieuse. Mais, cette complication plus ou moins tardive mise à part, le traitement local n'a aucune chance de réussir, puisqu'il s'agit d'une manifestation symptomatique d'une affection viscérale.

L. Cheinisse.

J. A. Marshall (de San Francisco). ***Modifications dans la structure dentaire, consécutives à des régimes de carence.*** — M. a pu étudier les altérations dentaires chez des chiens soumis à une alimentation déficiente, surtout en ce qui concernait la teneur en calcium et en phosphore.

9 jeunes chiens appartenant à une seule et même portée furent soumis à ce régime carencé depuis l'âge de 15 jours et jusqu'au moment où ils furent sacrifiés, 8 ou 9 mois plus tard.

A l'examen des dents, 2 anomalies surtout étaient frappantes : 1° un retard considérable dans la dentition ; 2° l'absence relative de dentine, bien que l'émail fût en quantité normale.

Si l'ivoire avait été absent seulement dans les racines des dents, on aurait pu croire à un retard dans la formation de la racine ; mais il est plus difficile d'expliquer l'absence de dentine calcifiée au niveau de la couronne.

Il semble s'agir d'un processus de raréfaction portant sur l'ensemble du squelette, comme en témoigne l'examen des os longs, qui montre une ostéoporose nette. L. Cheinisse.

S. L. Warren (de San Francisco) et **G. H. Whipple** (de Rochester). ***Intoxication par rayons de Röntgen ; radiothérapie chez l'homme, à la lumière des expériences montrant la sensibilité de l'épithélium intestinal.*** — Des expériences sur des animaux et quelques observations cliniques tendent à prouver que la muqueuse intestinale est particulièrement sensible aux rayons durs et à courte longueur d'onde.

Il est probable que l'épithélium intestinal est au moins aussi sensible que l'épithélium cutané. On peut même admettre qu'il est plus sensible, étant donné la distance focale plus grande et les tissus interposés.

Aussi la dose d'érythème et des doses plus fortes, appliquées sur l'abdomen, peuvent-elles endommager l'épithélium intestinal. Les lésions ainsi produites, sans se traduire nécessairement par des phénomènes cliniques graves, peuvent, cependant, aboutir à des ulcérations tout aussi tenaces que le sont les accidents cutanés de cette sorte.

L. Cheinisse.

N° 21, 24 Novembre 1923.

W. I. Lillie (de Rochester). ***Phénomènes oculaires produits par des lésions intracraniennes intéressant les voies optiques dans le voisinage du chiasma.*** — Les faits sur lesquels est basé le présent travail peuvent être divisés en 4 groupes :

1° 46 cas de tumeurs hypophysaires, dont 27 sans troubles glandulaires, 17 avec acromégalie, et 2 avec diabète insipide ;

2° 12 tumeurs intracraniennes d'origine non pituitaire, avec lésions typiques de la région du chiasma ;

3° 4 cas de tumeurs naso-pharyngiennes, également avec lésions typiques du chiasma ;

4° 2 cas de méningite basale syphilitique, aussi avec participation du chiasma.

Les troubles oculaires peuvent porter sur l'acuité visuelle, sur le fond de l'œil, sur le champ visuel et sur l'appareil oculomoteur.

L'acuité visuelle d'un seul œil ou des deux yeux était plus ou moins compromise chez presque tous les malades (60 cas sur 64).

Les patients chez lesquels le fond de l'œil parait normal ou présente une apparence pâle, mais sans perte de substance, sont ceux chez lesquels on peut escompter le plus de succès au point de vue de l'amélioration de l'acuité visuelle et du champ visuel après intervention chirurgicale.

Dans presque tous les cas où il existait des scotomes, ceux-ci ont été, à un moment donné, en rapport de continuité avec la tache aveugle physiologique, et cette dernière était presque toujours incorporée dans le rétrécissement temporal du champ visuel pour les couleurs et pour les formes.

Les troubles oculomoteurs ont été les moins fréquents, sauf dans les cas du groupe naso-pharyngien.

La proportion des radiographies normales de la selle turcique a été plus considérable dans les cas de lésions intracraniennes d'origine non hypophysaire que dans ceux d'origine hypophysaire.

L. insiste particulièrement sur la nécessité de pratiquer un examen minutieux du naso-pharynx toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner l'existence de lésions intracraniennes intéressant le chiasma optique. L. Cheinisse.

E. E. Irons et **E. V. L. Brown** (de Chicago). ***L'étiologie de l'iritis.*** — Dans un travail antérieur, publié en 1916, I. et B. ont étudié, au point de vue étiologique, une série de 100 cas d'iritis, auxquels ils joignent aujourd'hui une nouvelle série de 100 cas.

Sur l'ensemble de ces 200 cas, la présence de la syphilis fut notée dans une proportion de 34 p. 100 ; mais la proportion des cas où l'iritis était nettement d'origine syphilitique ne dépassait pas 19 pour 100.

Au surplus, le tableau suivant indique le nombre respectif des diverses infections qui existaient dans ces 200 cas d'iritis.

Infections	Seule	Avec d'autres infections	Total
Syphilis	2	13	15
Infection gonococcique	1	»	1
Tuberculose	»	»	»
Infection dentaire	5	4	9
Infection tonsillaire	19	18	37
Infection du sinus	»	1	1
Infection génito-urinaire non spécifique	3	»	3
Autres infections	1	»	1
Pas d'infection	»	»	2
Infections combinées	»	24	24
Indéterminées	»	7	7
Total			100

L. Cheinisse.

N° 23, 8 Décembre 1923.

W. W. Herrick (de New-York). ***Hypertension et hyperglycémie.*** — La coexistence de l'hypertension artérielle et de l'hyperglycémie a déjà, maintes fois, attiré l'attention des cliniciens.

A en juger d'après les observations personnelles de H., l'hyperglycémie s'observerait chez 10 à 30 pour 100 de sujets atteints d'hypertension artérielle.

Cette association morbide paraît particulièrement fréquente chez les obèses et chez les artério-scléreux.

D'autre part, l'hyperglycémie prolongée peut, à son tour, favoriser l'artério-sclérose et contribuer à élever la pression sanguine.

Par contre, en ramenant le taux du sucre sanguin à la normale et en le maintenant à ce niveau de façon durable, on réussit, en général, à abaisser notablement la pression artérielle. Cette diminution de la tension sanguine est vraisemblablement due à la déperdition de poids résultant de la restriction alimentaire. Aussi la courbe du poids corporel et celle du taux du sucre sanguin sont-elles des guides précieux pour la conduite du traitement des obèses avec hypertension.

Dans les cas de ce genre, les hydrates de carbone sont probablement beaucoup plus dangereux que les protéines. Le taux de celles-ci ne doit pas être réduit, à moins que l'on ne constate des signes de rétention azotée.

L. Cheinisse.

THE CALCUTTA MEDICAL JOURNAL

Vol. XVIII, n° 3, Septembre 1923.

Dhirendra Nath Banerjie. ***Remarques sur la présence de leishmaniose dans les ulcérations de l'estomac rencontrées dans un cas de kala-azar.*** — A l'autopsie d'une femme hindoue de 45 ans, morte après avoir présenté des signes d'anémie, de dénutrition et de diarrhée, l'auteur a trouvé, en plus d'une ankylostomiase intestinale, six petites ulcérations gastriques à bords surélevés, à contour inflammatoire, recouvertes d'un exsudat fibrineux, lesquelles siégeaient au voisinage de la grande courbure. L'examen histologique de la moelle osseuse, pratiqué fortuitement, décela un grand nombre de corpuscules de « leishmania Donovani », retrouvés ensuite en abondance dans les couches profondes des ulcérations stomacales. Ce cas, le premier connu, dépisté par hasard, se rapporte à la phase d'incubation latente du kala-azar et la présence d'ulcérations gastriques contenant le parasite de la leishmaniose est en faveur de la théorie qui fait du tube digestif la porte d'entrée habituelle du kala-azar.

J. Braine.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

Tome X, n° 12, 22 Septembre 1923.

K. D. Fairley. ***Traitement de la fièvre typhoïde par les injections intraveineuses de vaccin typhique.*** — F. a employé chez 53 typhiques les injections intraveineuses de vaccin, préconisées jadis par Thiroloix et Bardon, et il attribue une grande valeur thérapeutique à cette méthode, appliquée avec discernement ; toutefois elle ne saurait remplacer le traitement classique : elle n'est qu'une méthode adjuvante, mais d'importance majeure.

Chez la plupart des malades adultes, la vaccinothérapie produisit une crise accompagnée de chute rapide de la fièvre dans les 5 jours consécutifs à la première injection. Dans presque tous les cas non compliqués, les phénomènes toxémiques s'atténuèrent considérablement ou disparurent. La durée de la maladie fut raccourcie en moyenne de 10 jours chez les vaccinés. Sur 40 adultes traités atteints de formes non compliquées, il n'y eut qu'un seul décès.

Chez les enfants, la vaccinothérapie semble donner un moindre bénéfice. Les réactions hyperpyrétiques sont fréquentes et la posologie réclame une grande attention. 2 morts se produisirent chez les 15 enfants traités, dues toutes deux à des infections secondaires.

La vaccinothérapie, à moins d'être employée très précocement, semble n'avoir pas d'action préventive sur l'apparition des complications de la fièvre typhoïde et des rechutes.

Aucun résultat défavorable pouvant être attribué au traitement ne fut observé. Toute réaction fébrile excessive et toute réaction focale font défaut si les doses de vaccin injectées sont bien choisies. Il faut éviter au début les doses excessives : une réaction fébrile dépassant 40°5 n'est pas désirable ; les réactions focales observées au cours de ce traitement sont si rares qu'elles doivent être considérées comme purement accidentelles. Le meilleur mode de traitement, dans une fièvre typhoïde non compliquée chez l'adulte, est d'injecter quotidiennement, pendant 3 ou 4 jours, un vaccin polyvalent, dès que le diagnostic a été fait. La dose initiale doit comporter 120 millions de bacilles ; on l'augmente jusqu'à 200 millions s'il est nécessaire. Chez les enfants, la dose initiale ne doit pas dépasser 10 millions ; on l'augmente ensuite en se basant sur les réactions du patient. La perforation intestinale, les hémorragies graves, la myocardite accentuée, les infections secondaires sévères sont des contre-indications à la vaccinothérapie. Des hémorragies légères, une myocardite peu marquée, la pneumonie, des symptômes accusés de toxémie, sans constituer une contre-indication, doivent faire diminuer la dose du vaccin.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIII, n° 50, 15 Décembre 1923.

André Strohl. ***L'introduction médicamenteuse par l'électrolyse.*** — S. expose les principes de l'ionothérapie électrique. Il montre la complexité du problème de la détermination des doses absorbées et rappelle les recherches tendant à se rendre compte de ce que deviennent, dans l'économie, les ions ainsi introduits. Cette méthode est d'application pratique assez simple et l'auteur expose les résulta obtenus dans les affections cutanées, dans les affections des nerfs et des organes des sens, dans les affections articulaires et rhumatismales, dans les affections néoplasiques et génito-urinaires.

Il persiste encore des obscurités dans le mécanisme physique de la pénétration des médicaments par cette méthode; on ne peut pas, dans chaque cas, prévoir exactement la quantité de substance introduite; souvent la progression des ions introduits s'arrête très près de la surface cutanée. Il est évident aussi qu'on ne peut être assuré de porter toujours par le courant la substance médicamenteuse au siège même de la lésion, mais on peut localiser la porte d'entrée très près de la région malade. Or, on sait que le médicament, d'abord retenu en réserve dans les tissus superficiels, se répand ensuite dans tout l'organisme par la voie sanguine. Il est donc probable que, à part les cas où le mal réside dans les téguments, au contact duquel se trouve l'électrolyte, voire même immédiatement au-dessous, comme pour certains trajets nerveux, le médicament n'agira que secondairement après transport par voie lymphatique ou sanguine; il pourra néanmoins, vu la proximité du dépôt intradermique, y parvenir avec une concentration plus grande que s'il était introduit par voie digestive.

La médication hypodermique est plus brutale et souvent plus mal tolérée par les tissus que l'ionisation. L'électrolyse, qui réalise la pénétration du médicament sans effraction, et au travers d'une surface plus étendue, produira une action à la fois plus douce et plus prolongée, la diffusion parachevant l'œuvre du courant électrique. De plus, contrairement à l'injection sous-cutanée, l'ionisation n'ajoute rien à l'organisme, mais substitue des ions ayant une action thérapeutique aux ions normaux des tissus (Leduc).

Enfin, il ne faut pas oublier qu'on ne peut faire d'ionisation médicamenteuse sans courant continu, et que la galvanisation, à elle seule, constitue un agent thérapeutique de premier ordre dont l'effet s'ajoute, pour une part souvent grande, à celui du médicament. L. Rivet.

BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

Tome XXXVII, n° 49, 26 Novembre 1923.

P. Ameuille. ***Formes larvées de la dilatation bronchique chez l'adulte.*** — A côté de la forme classique et de la forme pseudo-cavitaire, bien connues, A. individualise trois formes larvées de la dilatation bronchique de l'adulte.

La *forme pseudo-tuberculeuse* est la plus importante. Les malades présentent un état général médiocre, une expectoration purulente et souvent hémoptoïque, des signes stéthoscopiques pouvant rappeler un ramollissement tuberculeux, et, à la radiologie, des pommelures et marbrures trompeuses. Mais les crachats ne renferment pas de bacilles de Koch et ne tuberculisent pas le cobaye. D'autre part, si l'on étudie de près les clichés radiographiques, on voit qu'il y a prédominance d'images lacunaires, entre lesquelles on ne voit pas de zones opaques de condensation pulmonaire: les lacunes sont en continuité avec des axes bronchiques convergeant vers le hile du poumon.

La *forme pseudo-bronchitique* est trop souvent méconnue chez des sujets âgés étiquetés bronchitiques chroniques. L'auscultation montre cependant l'existence de râles bulleux à topographie fixe, malgré la distance des examens successifs. La radiologie peut parfois donner des images caractéristiques.

A. décrit enfin une *forme pseudo-cancéreuse* d'après une observation personnelle recueillie sur une femme qui avait subi antérieurement l'ablation d'un sein cancéreux; des dilatations bronchiques firent craindre chez elle une métastase cancéreuse.

Ces cas sont importants à connaître aussi bien pour le pronostic que pour le traitement.

L. Rivet.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE PROVINCE
(Tours)

Tome XIV, n° 1, Janvier 1924.

E. Foisy (Châteaudun). ***Appendicite gangreneuse et sérothérapie antigangreneuse.*** — F. a appliqué la sérothérapie antigangreneuse post-opératoire au traitement de l'appendicite gangreneuse et il a obtenu ainsi 6 guérisons sur 7 cas, alors que, dans sa pratique antérieure, où il n'employait pas la sérothérapie, il avait une mortalité de 50 pour 100. Il rappelle que Paul Delbet, au *XIXe Congrès français de Chirurgie*, a également publié une série de 8 cas avec 8 guérisons dues à la sérothérapie.

Delbet utilise le mélange de sérums de Weinberg (Institut Pasteur): 20 cmc de sérum antiperfringens, 20 cmc de sérum antiœdematiens, 10 cmc de sérum antihistolytique, 10 cmc de sérum antivibrion septique, mélangés à 500 cmc de sérum artificiel, le tout injecté par voie intraveineuse, quand il faut aller vite, ou par voie sous-cutanée, dans les cas moins menaçants; la sédation est rapide et se produit en moins de deux heures. F. emploie le sérum de Vincent (Val-de-Grâce); ce sérum est polyvalent et efficace pour les différentes variétés de germes anaérobies habituellement rencontrés dans la gangrène gazeuse; F. en injecte 30 cmc dans le péritoine à la fin de l'opération et 30 cmc sous la peau; si, au bout de 12 heures, les symptômes d'intoxication n'ont pas cédé, il n'hésite pas à injecter de nouveau 30 à 60 cmc; une dose massive est plus efficace que de petites doses répétées. Comme adjuvants, injection d'huile camphrée, de sérum glucosé sous-cutané et intrarectal.

Pour surveiller la plaie d'incision pariétale et prévenir toute infection gangreneuse à ce niveau, F. n'en suture (sans drainage) que le plan profond (péritoine et aponévrose du petit oblique et du transverse), laissant largement ouverte l'incision faite sur l'aponévrose du grand oblique et sur la peau. Une gaze chiffonnée est placée entre les lèvres de la plaie. Celle-ci est nettoyée tous les jours avec des compresses imbibées de liquide de Dakin. Vers le 15e jour, la plaie est rose et recouverte de granulations; on en pratique la suture secondaire après avivement. La cicatrice ainsi obtenue est nette et de bonne qualité, sans tendance à l'éventration.

En résumé, grâce à la sérothérapie antigangreneuse post-opératoire, les symptômes toxiques rétrocèdent rapidement, les phénomènes dus à la gangrène secondaire de la paroi abdominale sont évités et la guérison s'obtient dans un nombre de cas inconnu jusqu'alors. F. estime que les indications de cette méthode devraient même être étendues à tous les cas d'appendicite aiguë accompagnée de péritonite septique diffuse avec atteinte sérieuse de l'état général.

J. Dumont.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

3e série, tome IV, n° 6, Décembre 1923.

J. Génévrier et R. Duval-Arnould. ***La transmission des bruits pulmonaires du côté malade au côté sain.*** — Il s'agit d'une question devenue très importante depuis la pratique du pneumothorax artificiel. G. et D. précisent les moyens propres à identifier l'origine exacte de ces bruits transmis.

A l'auscultation, il existe une forte probabilité de transmission quand on entend deux bouffées de râles dans les deux poumons, en des régions à peu près symétriques ou tout au moins sur la même horizontale, et dont les éléments sonores se succéderont suivant le même rythme. Les bruits transmis sont habituellement perçus à proximité de la colonne vertébrale. On recherchera également le maximum des bruits, les vibrations auscultées (pas de modifications au niveau de râles transmis), etc. Le stéthoscope biauriculaire est d'un emploi essentiel pour cette étude; de plus, il facilite l'auscultation du creux sus-claviculaire où, d'après Küss, les bruits transmis ne seraient jamais propagés.

La palpation et la percussion sont fort importantes, car il n'y a au niveau des bruits transmis aucune modification des vibrations, ni de la tonalité. Radioscopie et radiographie compléteront l'enquête clinique.

On a encore proposé d'avoir recours à un pneumothorax artificiel d'oxygène, gaz rapidement résorbable, qui, injecté du côté malade, supprimerait du même coup les bruits transmis: il n'y aurait alors qu'à continuer le pneumothorax. Mais ce moyen n'est pas exempt de cause d'erreur.

La mydriase unilatérale ne paraît avoir qu'une valeur très relative. L. Rivet.

A. Delhaye (d'Anvers). ***La réaction de la sédimentation des globules rouges dans la tuberculose; sa valeur diagnostique et pronostique.*** — La réaction de sédimentation des globules rouges (Fahraeus-Westergreen), réaction facile à effectuer, fournit des renseignements des plus utiles au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la valeur de la thérapeutique; elle est sensible, car elle reflète l'état du milieu intérieur, souvent troublé avant que tout symptôme clinique net n'apparaisse, souvent troublé longtemps encore après que tout signe clinique a disparu.

Cette épreuve de biométrie clinique n'a d'ailleurs pas de valeur absolue; elle n'est qu'un élément d'appréciation de plus dans un problème complexe. Sa recherche en série au cours d'une cure par la tuberculine, par le pneumothorax, peut fournir un indice de l'influence favorable du traitement.

L. Rivet.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Tome LIII, n° 48, 29 Novembre 1923.

Prof F. Suter (de Bâle). ***Relation de 204 néphrectomies pour tuberculose rénale.*** — Ces 204 néphrectomies, pratiquées les unes par le professeur Emile Burckhardt, les autres (les plus nombreuses) par S., s'échelonnent de 1896 à 1920. Une enquête a été entreprise dans l'hiver 1920-1921 pour connaître l'état des opérés. On obtint des renseignements sur 197 d'entre eux. De ce nombre, 59, soit 30 pour 100, étaient morts; 138, soit 70 pour 100, survivaient. Les cas de mort se répartissaient ainsi: 5 morts dans les 6 premières semaines après l'opération (3 phlébites, 1 néphrite parenchymateuse, 1 péritonite tuberculeuse caséeuse latente, soit 2,5 pour 100 de mortalité post-opératoire), 54 morts tardives, dues pour la plupart à des affections tuberculeuses, avec localisation sur le rein restant dans 29 cas. Les 138 opérés survivants se répartissaient ainsi: 82 entièrement guéris (59,4 pour 100); 35 guéris avec déficit (25,3 pour 100), 21 non guéris (15,3 pour 100).

Les éléments qui permettent de redouter un mauvais pronostic après néphrectomie sont surtout les suivants: la participation de l'appareil génital, qui est le propre du sexe masculin, et qui rend le pronostic sensiblement plus grave chez l'homme (35,6 pour 100 de mortalité) que chez la femme (22,3 pour 100 de mortalité); l'étendue des lésions vésicales, dont l'estimation la meilleure est fournie par la capacité vésicale (moyenne des cas non guéris: 85 cmc; moyenne des cas guéris: 285 cmc); la localisation de ces lésions vésicales au sommet de l'organe (les lésions du bas-fond ayant plus de tendance à guérir); chez la femme, la grossesse intercurrente.

Le traitement post-opératoire doit s'appliquer surtout aux lésions vésicales qu'on peut encore voir guérir au bout de plusieurs années. Ce traitement est difficile et ingrat. S. recommande les instillations huileuses intravésicales, gaïacolées ou goménolées (10 cmc au plus d'huile à 2,5 ou 10 pour 100), le repos au lit, le climat d'altitude moyenne ou le climat méditerranéen; à l'intérieur, le bleu de méthylène, la

créosote ou le salol de préférence à l'urotropine; au point de vue local (et uniquement dans les cas qui ne marquent aucune tendance spontanée à l'amélioration), la thermocoagulation et peut-être la rœntgenthérapie. J. MOUZON.

Prof. Francis G. Benedict. *Métabolisme basal et perspiration insensible, d'après de nouvelles recherches.* — B. rappelle les principales techniques qui ont été utilisées par son maitre Atwater et par lui, au laboratoire Carnegie de la nutrition, á Boston, laboratoire dont il est à présent directeur. L'étude du métabolisme a d'abord été entreprise dans le grand « calorimètre respiratoire », qui permettait de déterminer à la fois la production thermique, l'élimination d'acide carbonique, l'utilisation d'oxygène et la quantité d'eau excrétée par la peau et par la respiration. Cet appareil a permis de se rendre compte que la mesure indirecte du métabolisme par estimation de CO^2 et de O^2 donnait des résultats satisfaisants, qui concordaient avec les mesures directes du métabolisme. Aussi, depuis 10 ans, se sert-on surtout d'une chambre de respiration, où l'on détermine seulement le CO^2 exhalé, l'O^2 absorbé et l'eau éliminée par la bouche et par les poumons. Enfin, un autre appareil fut construit à l'usage des praticiens, appareil portatif avec masque, qui donne seulement CO^2 exhalé et O^2 absorbé.

Cependant, la mesure de l'élimination d'eau (perspiration insensible) ne devait pas être négligée. Sanctorius a construit, pour l'apprécier, une grande balance, qui permet de mesurer le poids d'un homme ou d'un animal à 0 gr. 10 près. Cet appareil a permis de se rendre compte que, chez l'homme nu comme chez l'animal au repos complet, la déperdition aqueuse, en un temps donné, est remarquablement fixe si la température reste constante : elle est de 25 à 40 gr. par heure pour l'homme. Ce serait là une étude très intéressante à poursuivre pour la physiologie et pour la clinique, en particulier chez les diabétiques.

B. a construit enfin, avec Mme Benediet, un nouvel appareil, dont il donne la description complète, et qui permet la mesure de l'oxygène absorbé sans analyse de gaz, sans spiromètre, sans balance, par des procédés simples et peu coûteux. Contrôlé à l'aide des méthodes les plus rigoureuses, ce nouvel appareil ne donne guère plus de 1,5 pour 100 d'erreur.

L'expérience de B., acquise depuis 17 ans, lui a montré que le métabolisme dépend de nombreux facteurs : sexe, âge, volume et poids du corps, et que son calcul ne saurait se réduire à aucune loi uniforme en fonction de la surface du corps; c'est ainsi que le métabolisme est de 7 à 8 pour 100 plus fort chez l'homme que chez la femme, toutes choses égales d'ailleurs; le nourrisson a un métabolisme très faible, qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à la fin de la première année, et pour baisser ensuite progressivement jusqu'à 17 ou 18 ans. Enfin, B. insiste beaucoup sur les précautions dont on doit s'entourer quand on veut tirer des indications cliniques, et surtout opératoires, d'une mesure de métabolisme : multiples sont les causes d'erreur dont il faut se garer; les mesures doivent toujours être répétées plusieurs fois; enfin des variations de 15 pour 100 en plus ou en moins par rapport à la normale n'ont aucune signification, car elles se retrouvent chez des sujets normaux.

J. MOUZON.

N° 49, 6 Décembre 1923.

K. V. Neergaard (de Bâle). *La signification de la réaction de sédimentation des globules rouges pour le diagnostic de la tuberculose, avec une contribution à l'étude de la pathogénie de cette réaction.* — N. passe en revue les données que l'on possède sur les variations du temps de sédimentation dans les divers états pathologiques, en particulier dans la grossesse, dans les affections gynécologiques ou chirurgicales, dans la syphilis, dans la pneumonie, dans l'ictère, dans la cyanose des cardiaques, dans le choc hémoclasique, dans l'anémie pernicieuse ou dans l'érythrémie, enfin dans la tuberculose. C'est surtout dans cette dernière affection qu'il a étudié personnellement la valeur de la réaction. Il a suivi 240 malades à cet égard. L'accélération du temps de sédimentation, en général, paraît être un signe de tuberculose évolutive, mais il y a des exceptions. Les phtisiques à la période terminale, les cavitaires ont généralement des chiffres de sédimentation beaucoup plus élevés que les tuberculeux au début ou les tuberculeux fibreux; c'est seulement à la période agonique qu'il y a un léger fléchissement. Dans la pleurésie sérofibrineuse, le chiffre de sédimentation s'élève très haut et très rapidement au moment de la constitution de l'épanchement; puis il baisse très rapidement. Il n'y a pas de parallélisme avec l'évolution de la cuti-réaction à la tuberculine. Au point de vue diagnostic, la sédimentation peut fournir une indication pour permettre d'éliminer un simple syndrome neurasthénique dans une forme de début. Mais la réaction serait surtout précieuse pour suivre l'évolution de la maladie et pour permettre de contrôler la guérison.

Les mesures doivent porter, non pas toujours sur la sédimentation de la première heure, mais quelquefois sur la deuxième et la troisième demi-heure, car le début de la sédimentation est quelquefois retardé et la courbe de sédimentation a une forme variable. La température n'a qu'une influence restreinte, qui varie de sens et d'importance selon les cas. Il vaut mieux, de toutes manières, observer la sédimentation toujours à la même température, et de préférence à une température fraîche. En somme, la sédimentation est encore trop mal connue pour entrer dans la pratique courante. Mais c'est un symptôme à ajouter à d'autres, et qui peut fournir des indications utiles. La simplicité de sa technique, l'étendue des variations dont elle est susceptible (sa valeur peut varier de 1 à 50) permettent d'espérer qu'elle sera un jour aussi utile en clinique que la mesure de la température, qui n'a pas, elle non plus, de valeur pathognomonique.

Au point de vue théorique, il semble bien que la sédimentation soit fonction de la mise en piles des globules rouges; les amas, en effet, se sédimentent d'autant plus vite qu'ils sont plus volumineux. N. confond cette mise en piles des globules avec leur agglutination, et il suppose qu'elle dépend de la charge électrique des albumines du sérum plutôt que de la teneur en fibrinogène ou du quotient lécithinecholestérine. Il a cherché à vérifier cette hypothèse en déterminant, par la méthode de Rohrer, les taux respectifs de globuline et de sérine dans 60 cas. En général, les fortes sédimentations coïncident avec des taux de globuline élevés; mais, dans les cas particuliers, le parallélisme reste tout à fait approximatif. Il existe certainement — en particulier dans les cas pathologiques — d'autres facteurs, tels que l'état de dispersion des colloïdes.

Le travail de N. se termine par un index bibliographique important. J. MOUZON.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(Bologne)

Tome II, fasc. 6, Décembre 1923.

A. Dalla Volta et A. Valenti. *La carcinose lymphangitique généralisée pleuro-pulmonaire (étude clinique, histo-pathologique et radiologique).* — Les auteurs tracent le tableau de cette forme peu fréquente des métastases pulmonaires cancéreuses, à propos d'une observation. Troisier (1874) avait étudié les lésions; Girode, puis Bard, en donnèrent plus tard la description clinique. Les symptômes n'ont rien de caractéristique et permettent de penser à une bronchite capillaire ou à une tuberculose miliaire aiguë pleurale ou pulmonaire; il s'agit, dans l'observation en question, d'une femme, atteinte de cancer de la petite courbure gastrique, qui présenta soudainement une toux sèche, des douleurs thoraciques croissantes et de la dyspnée, sans signes locaux nets. La radiographie faite au 10e jour montra une image faisant penser à une sclérose interstitielle péribronchique diffuse, telle qu'on en observe dans les tuberculoses fibreuses anciennes. L'affection dura encore 2 mois, sans fièvre; de légers frottements pleuraux apparurent pour ne persister que quelques jours, et un deuxième examen radiologique fournit une image semblable à la précédente. L'examen anatomique montra la présence de cellules néoplasiques, rappelant les cellules de la muqueuse gastrique, dans tout le réseau lymphatique pleuropulmonaire bilatéral, depuis le hile jusqu'à la plèvre; les auteurs opposent la rareté de cette lymphangite à la fréquence de cancer gastrique et insistent sur la rapidité de sa production puis son état stationnaire pendant 2 mois, comme en témoignent les images radiographiques. Ils préconisent l'exploration radiologique systématique du thorax chez les sujets atteints de cancer de l'estomac. Des clichés radiographiques et des reproductions de coupes histologiques illustrent cette étude. L. COTONI.

C. Barinetti. *Etude sur l'action diurétique des sels de calcium.* — Certains auteurs ont signalé l'action diurétique des sels de calcium, leur influence sur les épanchements inflammatoires des séreuses et sur les œdèmes d'origine rénale (Blum, Aubel, Hausskench, Brelet, Schwab). C'est cette action que B. a cherché à contrôler; il relate 7 observations de malades et le résumé d'expériences sur le chien. Le chlorure de calcium administré à fortes doses, conclut-il, après un régime pauvre en sel, augmente la diurèse. L'action diurétique s'explique par le fait que le traitement soustrait de l'eau aux tissus pour la faire passer dans le sang et les reins. On observe également une élévation de l'indice réfractométrique du sérum et un abaissement de la pression sanguine chez les hypertendus hydrémiques. L'administration de calcium a pour effet une augmentation du taux des chlorures urinaires, par conséquent une augmentation de l'élimination du sodium, à laquelle pourrait être liée la déshydratation de l'organisme.

L. COTONI.

C. Dalla Rosa. *L'hyperalbuminose du sérum sanguin chez les malades atteints de tumeurs malignes ou bénignes.* — Loeper, Forestier et Tonnet ont signalé l'existence, dans le sérum sanguin des cancéreux, d'une hyperalbuminose, contrastant avec la cachexie, disparaissant avec l'exérèse chirurgicale de la tumeur et particulièrement accusée dans les cas d'encéphaloïde; cette hyperalbuminose pourrait servir de signe pour le diagnostic et le pronostic. L'auteur italien arrive à des conclusions différentes d'après les recherches entreprises chez 42 cancéreux et 7 malades atteints de tumeurs bénignes. Il a pratiqué l'examen du sérum à l'aide du réfractomètre de Pulfrich, suivant les données de Schiassi. Sur 42 cancéreux, 8 seulement présentaient dans leur sérum un contenu en albumine supérieur à 85 pour 1.000; il a rencontré aussi fréquemment l'hyperalbuminose chez des sujets porteurs de tumeurs bénignes, et, d'après lui, l'abaissement de la teneur en albumine du sérum relèverait plutôt de l'acte opératoire même que de l'exérèse de la tumeur. L. COTONI.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

Tome XIX, n° 44, 4 Novembre 1923.

W. Gœbel et K. Peter. *Le diagnostic différentiel des altérations du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques et dans les compressions médullaires (syndrome de compression de Nonne complété par la réaction mastic).* — Le diagnostic clinique de la sclérose en plaques est souvent d'une grande difficulté, en particulier avec les compressions médullaires et avec la syphilis médullaire. G. et P. apportent des exemples instructifs des erreurs auxquelles le simple examen neurologique peut exposer. Le syndrome humoral constitué par les réactions du liquide céphalo-rachidien fournit un élément de diagnostic d'une importance capitale, et, sur ce point, les auteurs, élèves de Nonne, arrivent à des conclusions conformes à celles des travaux français récents sur la réaction du benjoin colloïdal, travaux qu'ils omettent de citer.

Les éléments du « syndrome de compression » sont, soit la dissociation albumino-cytologique, qui doit être très franche pour être caractéristique, soit la xanthochromie ou la coagulation massive, soit la coïncidence d'une forte albuminose (phase I de Nonne) avec une faible réaction de Weichbrodt, soit un type particulier de la réaction mastic auquel G. et P. attachent une grande importance : la précipitation se produit à son maximum dans les tubes où le liquide céphalo-rachidien est le plus dilué, il y a déviation vers la droite de la courbe de réaction, et cette déviation vers la droite est d'autant plus marquée que la quantité d'albumine est plus forte. Ce dernier type de réaction serait lié à la prédominance des albumines qui proviennent du plasma sanguin, et s'observerait surtout dans les processus d'exsudation ou de transsudation méningée.

Dans la sclérose en plaques, au contraire, quel que soit l'état de la réaction cytologique, il y a généralement prédominance de la réaction de Weichbrodt sur la phase I de la réaction de Nonne-Appelt, et la précipitation, dans la réaction à la gomme-mastic, atteint

son maximum dans les tubes où le liquide céphalo-rachidien se trouve à sa concentration la plus forte; il y a déviation de la réaction vers la gauche. Ce type humoral répond à la prédominance, dans le liquide, des globulines issues de la destruction d'éléments cellulaires dans les centres nerveux.

Dans la syphilis médullaire, les réactions sont variables, car les lésions sont tantôt exsudatives avant tout (méningo-vasculaires), tantôt à prédominance dégénérative. On peut donc observer soit le syndrome de compression, soit un syndrome analogue à celui de la sclérose en plaques. Mais, souvent, les caractères sont mixtes : le maximum de précipitation de la réaction mastic, en particulier, se trouve situé dans les tubes intermédiaires. D'autre part, à la lymphocytose s'associe généralement un certain degré de polynucléose, du moins dans la méningo-myélite. Enfin la réaction de Wassermann, lorsqu'elle est positive, a une valeur décisive en faveur de la syphilis.

Les conclusions de G. et P. au sujet de la réaction à la gomme-mastic s'appuient sur l'étude de plus d'un millier de cas. La technique utilisée est celle de Jakobsthal-Kafka. J. Mouzon.

Nos 51-52, 23-30 Décembre 1923.

Hermann Hoffmann. ***Glandes d'origine branchiale et tuberculose.*** — H. rapporte les résultats qu'il a obtenus de la médication calcique dans la tuberculose (chlorure de calcium, lactate de chaux, injections intraveineuses de chlorure de calcium). Les effets ont été heureux, dans l'ensemble, à titre prophylactique et curatif, sur les hémoptysies. Mais l'état général ne semble pas avoir été influencé d'une manière durable

A ce propos, H. résume les symptômes qui, chez les tuberculeux, paraissent pouvoir être attribués à la décalcification : chute de cheveux, caries dentaires, décalcification osseuse, hyperexcitabilité mécanique des muscles, diminution de l'activité leucocytaire, signes d'hyperexcitabilité sympathique (sueurs, tachycardie, salivation, dermographisme, etc.). Elimination de chaux en excès dans les urines. Il discute à ce propos le mécanisme de cette décalcification. Pour lui, le déficit du tuberculeux en chaux, en silice et en magnésie est secondaire à un déficit en phosphore, et ce dernier est avant tout sous la dépendance des glandes d'origine branchiale : thymus, glande thyroïde, glandes parathyroïdes. Le rôle des glandes thyroïdes, en particulier, serait capital dans la fixation du phosphore, et c'est grâce à ce phosphore que la glande thyroïde rendrait inoffensif l'iode absorbé dans l'alimentation, et permettrait l'assimilation de la chaux et du magnésium. De même, c'est le trouble du métabolisme du phosphore qui serait à l'origine des goitres (même des goitres exophtalmiques, qui sont liés au dysfonctionnement et non à l'hyperfonctionnement thyroïdien), et les goitres endémiques apparaîtraient là où l'eau est trop pauvre en phosphore.

Ces considérations amènent H. à une conception thérapeutique qu'il applique également à toutes les maladies par déficit phosphoré (rachitisme, ostéomalacie, Basedow, myxœdème, tétanie, neurasthénie, tuberculose, psychoses de grossesse ou d'allaitement) : administration de phosphore (huile de foie de morue phosphorée), de chaux et de magnésie, opothérapie thymique, irradiations thyroïdiennes à faibles doses excitantes, éventuellement greffes parathyroïdiennes. J. Mouzon.

Rudolf Bantz ***Syndromes cliniques de leucémie avec syndromes hématologiques de leucopénie intense.*** — B. rapporte 2 observations pour lesquelles il avait d'abord posé le diagnostic d' « aleucémie lymphatique aiguë ».

La première est celle d'une femme de 32 ans, qui, à la suite d'une grippe, en Décembre 1921, fit des accidents de stomatites et d'angines à répétition, qui la laissèrent fatiguée. A partir du 20 Janvier apparut un état subfébrile, avec pâleur, abattement intense. A l'examen hématologique, il y avait 2.390.000 globules rouges, avec 50 pour 100 d'hémoglobine, 6.300 leucocytes, avec 3 pour 100 éosinophiles, 4 pour 100 neutrophiles, 93 pour 100 mononucléaires (dont 90 lymphocytes). et quelques normoblastes. L'état s'aggrava peu à peu, avec fièvre à 40° (42°2 après une transfusion), splénomégalie, hépatomégalie, accidents nécrotiques à point de départ hémorroïdaire, défaillance cardiaque, érythème purpurique, subictère. La mort survint le 12 Février. Le 9, le chiffre des globules blancs était tombé à 900 (dont 88 pour 100 mono).

La deuxième malade est une femme qui fut envoyée à l'hôpital dans les premiers jours de Novembre 1922, avec le diagnostic de diphtérie : température à 40°, pâleur extrême, sécheresse de la langue, amygdales très grosses, recouvertes d'un enduit nécrotique, grosse adénopathie sous-maxillaire, ulcération suppurante dans la région du mont de Vénus, albuminurie. L'examen du sang montrait 2.500.000 globules rouges, 43 pour 100 d'hémoglobine, 800 leucocytes dont 96 pour 100 lymphocytes. Le chiffre des plaquettes était très élevé et atteignait 924.000. Le temps de coagulation était de 6-13 minutes; le temps de saignement de 1 min. 1/2. La résistance globulaire était de 0,38-0,30. La mort survint au milieu d'un syndrome hémorragique (purpura, hémorragies rétiniennes, pachyméningite hémorragique).

Dans aucun de ces 2 cas, il n'y avait d'éléments blancs anormaux dans le sang. Aussi le terme d' « aleucémie » ne peut être appliqué. Bien plus, dans le deuxième cas, l'autopsie a été pratiquée et il n'y avait pas de lésion de type leucémique. Les éléments rouges étaient moins altérés que dans l' « aleucie hémorragique » de Frank, et le syndrome hémorragique contrastait avec le chiffre élevé des plaquettes. B. rapproche ces 2 observations des cas rapportés par Friedemann (10 cas) et par Léon (4 cas) sous le nom d' « angine agranulocytosique ». Peut-être s'agit-il d'une maladie autonome.

J. Mouzon.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Vienne)

Tome XXXVI, n° 50, 13 Décembre 1923.

Prof. Hermann Schlesinger. ***Le spasme œsophagien, comme symptôme de début du cancer de l'estomac.*** — Le spasme de l'œsophage, en particulier dans son tiers supérieur, peut être le premier signe d'un cancer de l'estomac qui n'intéresse pas le cardia et qui est encore entièrement latent. S. connaît 5 observations qui le démontrent. Le spasme est de durée variable, parfois changeant d'une heure à l'autre, ou bien durant 2 jours, plus de 2 semaines, même plus de 4 semaines. L'autopsie a été pratiquée 3 fois et a montré l'intégrité complète de l'œsophage. Les actions toxiques issues du cancer peuvent expliquer certains spasmes intestinaux, qu'on observe parfois tardivement dans le cancer de l'estomac, mais, ici, le spasme est très précoce et il ne peut s'expliquer, semble-t-il, que grâce à un réflexe déclenché par l'excitation des filets pneumogastriques dans la paroi gastrique. L'anesthésie locale seule a paru susceptible de soulager le spasme, dont il importe de ne pas méconnaître, en pareil cas, la signification pronostique d'une haute gravité.

J. Mouzon.

H. Kahler et L. Sallmann. ***La pression oculaire dans les hémiplégies cérébrales*** (***contribution à l'étude des relations entre la pression sanguine et la pression oculaire***). — Y a-t-il une relation entre la pression sanguine et la pression oculaire ? Jusqu'à présent nous ne possédons, pour répondre à cette question, que des données contradictoires. Chez l'animal, la compression de l'aorte provoque à la fois l'hypertension artérielle et l'hypertension oculaire (Hippel et Günhagen, Schulten, Henderson et Starling). Mais les variations de tension artérielle provoquées par des toxiques s'accompagnent, au contraire, de variations inverses de la toxicité oculaire (Wessely, Römer et Kochmann). Cliniquement, les études faites sur la tension oculaire comparée des hypertendus et des hypotendus, sur l'influence de la saignée dans le glaucome, ne comportent pas grand enseignement, car trop de causes interviennent dans la régulation de la pression oculaire en dehors de la tension artérielle.

K. et S. estiment qu'il est plus instructif de rechercher les différences de tension oculaire, chez les hémiplégiques, en fonction des différences de tension que provoque souvent, chez eux, l'hémiplégie vasomotrice. Bien entendu, les seules observations intéressantes sont celles qui ont été faites en l'absence de toute lésion oculaire (paralysies oculaires ou palpébrales, anisocorie, kératite neuro-paralytique).

Généralement, chez les anciens hémiplégiques, la tension artérielle est plus forte du côté hémiplégique. Dans les hémiplégies récentes, la tension est tantôt plus forte, tantôt plus faible du côté hémiplégique. Or, dans 15 cas sur 21 étudiés, la tension oculaire est sensiblement plus basse du côté hémiplégique lorsque la tension artérielle y est plus forte, et inversement. Les exceptions paraissent être surtout le fait des syndromes protubérantiels. Cette loi s'explique sans doute par ce fait que l'hypertension artérielle est une conséquence de la vaso-constriction artérielle, et que cette dernière tend à diminuer l'irrigation du bulbe oculaire. Elle montre qu'il n'y a pas de mécanisme régulateur par lequel le bulbe oculaire maintiendrait sa tension à un taux à peu près fixe, comme l'admettent certains auteurs. En outre, il pourrait apporter un élément sémiologique intéressant pour les localisations en neurologie. J. Mouzon.

N° 51, 20 Décembre 1923.

Hans Hoff. ***Revue des tentatives thérapeutiques entreprises contre l'encéphalite épidémique, à la clinique du Pr von Economo, du 1er Janvier 1916 au 30 Mai 1923.*** — Von Economo a essayé la plupart des méthodes thérapeutiques qui ont été préconisées. Les injections intraveineuses d'urotropine ne lui ont donné aucun résultat. Par contre, il préconise les injections intraveineuses de produits iodés, en particulier d'iodure de sodium à doses croissantes de 6 à 20 cmc de la solution à 50 pour 100, jusqu'à un total de 300 à 400 cmc. A condition d'injecter lentement, il n'y a pas d'accidents graves de thrombophlébite, mais le traitement expose souvent à des difficultés techniques, car il entraîne souvent des oblitérations veineuses. Bien entendu, il importe de n'utiliser que de l'iodure de sodium, et non de l'iodure de potassium, qui serait toxique. Les résultats sont parfois satisfaisants, surtout dans les formes myocloniques, mais la statistique de H. montre qu'ils sont loin d'être constants, et les syndromes parkinsoniens ne sont pas influencés. La pyrétothérapie a été utilisée par von Economo à la fois dans les formes aiguës et dans les formes chroniques : les accès de fièvre étaient provoqués par des injections intraveineuses de vaccin antityphique de Besredka (de 25 à 1 000 millons de germes par injection), renouvelées jusqu'à 10 et 15 fois par cure, à raison de deux injections par semaine (Schacherl). Les résultats ont été bons dans les formes aiguës, nuls dans les formes chroniques. Von Economo a alors essayé, dans ces formes chroniques rebelles, le traitement par la malaria, selon la méthode de Wagner-Jauregg dans la paralysie générale. Sur 30 cas, dont 19 parkinsonismes, il y eut 6 améliorations (4 parkinsonismes et 2 formes mentales). Enfin, von Economo a essayé parfois, avec de bons résultats, les injections de cacodylate à hautes doses. A titre symptomatique, dans les parkinsonismes, H. vante la scopolamine, les faibles doses d'atropine, la mobilisation, qui amènent du moins une sédation.

Dans l'ensemble, beaucoup de thérapeutiques semblent réussir dans les formes aiguës, qui, il est vrai, guérissent souvent seules. Mais les résultats restent bien médiocres dans les formes chroniques.

J. Mouzon.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(Kharkov)

Tome VI, nos 21-23, 20 Novembre 1923.

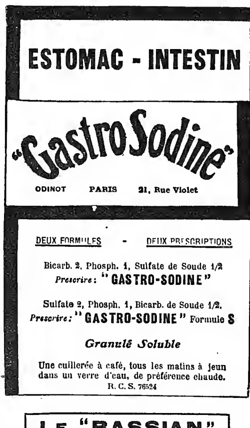
Prof. N. K. Rosenberg (de Petrograd). ***Les processus d'autolyse dans l'anaphylaxie et dans la sensibilisation.*** — Les recherches de R. ont porté sur des cobayes sensibilisés au moyen d'une injection intrapéritonéale de 0 cmc 01 de sérum de cheval et chez lesquels on provoquait, au bout d'une vingtaine de jours, un choc anaphylactique par injection intraveineuse de 0 cmc 1 de sérum de cheval.

L'autolyse des organes des animaux sensibilisés était étudiée en présence d'une solution isotonique de chlorure de sodium et en présence de sérum de cheval. Chez les cobayes soumis au choc anaphylactique, on recherchait, en outre, l'influence du propre sérum de l'animal.

Les résultats obtenus sont résumés dans le tableau suivant, où les chiffres représentent le nombre de

ORGANES	ANAPHYLAXIE			SENSIBILISATION		NORMALE
	As	Sc	I	Sc	I	I
Cœur . . .	0	0	4	3	0	3
Cerveau. .	6	7	21	17	14	5
Poumon. .	14	11	17	22	16	6
Reins . . .	17	11	16	15	6	7
Foie. . . .	20	34	16	31	5	14
Rate. . . .	6	5	7	2	10	6







Monsieur le Docteur,

Vous avez, certainement, dans votre service, ou dans votre clientèle, quelque cas d'infection très grave, médicale ou chirurgicale, (*hyperthermie persistante, septicémie, fièvre puerpérale*) ;

ou quelque cas de dystrophie rebelle (*dénutrition avancée, dystrophies infantiles, amaigrissement, chloro-anémie, épuisement, cachexie*) ;

Dans ces cas le **CYTOSAL** (*seul, sans autre médication*) modifie nettement et de façon souvent inespérée la marche de la maladie.

Il vous suffira de quelques jours pour vous en convaincre.

(Ce sont les cas graves qui jugent une médication.)



AUCUNE CONTRE-INDICATION — INNOCUITE ABSOLUE

1 cuill. à café, dans un grand demi-verre d'eau sucrée, avant chacun des 2 repas.
Cas graves, une 3e le matin et au besoin une 4e l'après-midi.
Enfants au-dessous de 10 ans, moitié de ces doses.

LITTER. ET ÉCHANT. LABORAT. LOUIS SCHAERER, 154, Bd HAUSSMANN-PARIS
Rég. du Com. ; Seine, 2.021.

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
MÉDICATION SPÉCIFIQUE INTRA-MUSCULAIRE

Trépol

Spirillicide à base de tartrobismuthate de potassium et de sodium
concentré à 64 % de Bi en suspension huileuse

Néo-Trépol

Spirillicide à base de bismuth précipité
concentré à 96 % de Bi en milieu isotonique

(Seules préparations bismuthiques pures établies d'après les procédés et travaux de MM. le Dr LEVADITI et SAZERAC et des Drs FOURNIER et GUÉNOT)

ADOPTÉS par l'Assistance Publique dans les Hôpitaux de Paris
et dans les services de prophylaxie du Ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociales

INJECTIONS INDOLORES
PAS DE TOXICITÉ - TOLÉRANCE PARFAITE

INDICATIONS

Trépol — Tous les cas de syphilis primaire et de syphilis secondaire

Néo-Trépol — Tous les cas de syphilis et chez les anciens syphilitiques sans lésions apparentes mais à B.W positif

Littérature et Echantillons sur demande adressée aux
Fabriques de Produits Chimiques BILLAULT
(anciennement CHENAL et DOUILHET).
22, Rue de la Sorbonne, 22. - PARIS (Ve).
REGISTRE DU COMMERCE PARIS n° 200 029 A

illigrammes d'azote par g ramme de l'organe examiné (AS désigne l'auto-sérum, SC le sérum de cheval et I la solution isotonique de chlorure de sodium).

Ce tableau montre que, le cœur et la rate exceptés, l'autolyse est très exagérée dans tous les organes.

L'addition de sérum de cheval entrave l'autolyse dans les organes des animaux en état d'anaphylaxie, sauf en ce qui concerne le foie. Par contre, sur les organes des animaux sensibilisés, le même sérum exerce une action nocive, en augmentant l'autolyse.

En présence de la solution isotonique de chlorure de sodium, les organes « anaphylactiques », la rate exceptée, fournissent des chiffres d'autolyse supérieurs à ceux que donnent les organes des animaux sensibilisés.

Quant à l'auto-sérum, il n'a pas produit d'effets sensiblement différents de ceux du sérum de cheval, sauf pour les reins, où il a fourni un chiffre d'autolyse plus élevé.

Le myocarde se comporte d'une façon particulière : chez les animaux anaphylactisés, l'addition d'auto-sérum ou de sérum de cheval arrête complètement l'autolyse; le même phénomène s'observe avec la solution isotonique dans l'autolyse du cœur des animaux sensibilisés. Quant aux chiffres d'autolyse du myocarde des animaux anaphylactisés, placé dans la solution isotonique, et du myocarde des animaux sensibilisés, maintenu dans le sérum de cheval, ils ont été à peu près égaux et ne dépassaient guère la normale.

Le tissu cérébral donne, en présence de la solution isotonique, des chiffres d'autolyse élevés, tant chez les animaux en état d'anaphylaxie que chez les animaux sensibilisés. L'addition d'auto-sérum ou de sérum de cheval diminue notablement l'autolyse. Il faut en conclure que le sérum hétérogène possède le pouvoir d'entraver l'autolyse et que, dans le sérum de l'animal anaphylactisé, apparaissent des substances qui jouent le rôle d'antiferments à l'égard de l'autolyse. Le cerveau de l'animal sensibilisé donne, au contraire, avec le sérum de cheval, un chiffre d'autolyse très élevé.

Pour le poumon, on sait, depuis longtemps, que le choc anaphylactique y provoque des lésions anatomo-pathologiques accentuées. Et, de fait, l'autolyse de son tissu est déjà très élevée pendant la période de sensibilisation. L'auto-sérum et le sérum de beval entravent cette autolyse chez les animaux anaphylactisés; par contre, l'autolyse des poumons sensibilisés se trouve exagérée sous l'influence du sérum de cheval.

Les reins, qui, chez les animaux sensibilisés, manifestent une résistance à l'autolyse (chiffre normal en solution isotonique), perdent cette résistance dans l'anaphylaxie, où ils donnent un chiffre élevé. L'auto-sérum ne renferme point d'antiferments susceptibles d'empêcher cette autolyse rénale, tandis que celle-ci est nettement entravée par le sérum de cheval.

Le tissu hépatique présente des particularités tout à fait remarquables. Dans la période de sensibilisation, il donne un chiffre inférieur à la normale. Cela tient-il à l'abaissement de l'activité des ferments autolytiques ou bien à l'accumulation d'antiferments dans le sang? R. pencherait plutôt en faveur de la seconde hypothèse, qui cadre bien avec le chiffre très élevé d'autolyse obtenu par addition de sérum de cheval à l'organe sensibilisé.

L. Cheinisse.

I. G. Schiller (d'Odessa). ***Des antagonistes forcés chez les bactéries.*** — A côté de l'antagonisme naturel, qui se manifeste dans les conditions normales, on peut provoquer expérimentalement un antagonisme *forcé* en faisant cohabiter, dans un milieu dépourvu de substances nutritives, deux microbes dont l'un possède des propriétés protéolytiques, alors que l'autre en est privé : le microbe protéolytique deviendra alors l'antagoniste forcé du second. Ces conditions sont faciles à réaliser en ensemençant les deux microbes dans de l'eau distillée. Sch. a réussi de la sorte, par exemple, à rendre le *B. mesentericus* (un saprophyte gram-positif, possédant des propriétés protéolytiques) antagoniste forcé des streptocoques pathogènes d'origine diverse.

Le processus de digestion des microbes vivants par leurs antagonistes forcés se fait de la même façon que celui de digestion par les bactéries des albumines insolubles, c'est-à-dire par la production de substances protéolytiques.

La quantité de ces lysines est proportionnée à la quantité des microbes destinés à subir l'action protéolytique.

Après avoir, par centrifugations répétées, débarrassé le milieu de ses bactéries, on constate la présence des lysines dans le liquide. Ces lysines conservent leurs propriétés même après évaporation du liquide.

Elles ne sont pas rigoureusement spécifiques et se laissent détruire à la température de 56 à 57°.

Si, après avoir maintenu des streptocoques pathogènes au contact de ces lysines pendant une demi-heure, on les injecte, à dose mortelle, sous la peau d'une souris blanche, on constate qu'ils ont perdu toute virulence.

L. Cheinisse.

A. I. Koudriavtzeva (de Kharkov). ***Contribution à l'étude de l'influence de l'insuline sur les échanges azotés et hydrocarbonés.*** — K. a entrepris, au Laboratoire de chimie physiologique du professeur A. V. Palladine, une série de recherches en vue d'étudier l'influence de l'insuline sur les échanges azotés et hydrocarbonés. Les expériences ont consisté à injecter sous la peau du dos de lapins normaux l'insuline à la dose de 0 cmc 005 par gramme de poids animal. A la suite de ces injections répétées à des intervalles de 2 à 8 jours, on a constaté une diminution de l'excrétion azotée par les urines. L'azote de la créatinine subissait également une diminution.

La teneur du sang en amylase et le taux de la créatine dans les muscles restaient normaux.

L'ensemble de ces constatations permet de conclure que l'insuline, en augmentant le pouvoir cellulaire d'utilisation des hydrates de carbone, préserve les protéines et réduit leur dépense au minimum.

L. Cheinisse.

G. N. Oudintzev (de Tomsk). ***L'activité périodique de l'appareil digestif en dehors de la digestion et les modifications correspondantes des leucocytes.*** — L'opinion généralement admise et suivant laquelle, en dehors des périodes de la digestion, les glandes digestives seraient inactives, a été combattue par Boldyrev. D'après cet auteur, aussitôt que la digestion est terminée, il s'établirait une sécrétion périodique de suc pancréatique et de suc intestinal, en même temps que des contractions périodiques de l'estomac et de l'intestin grêle. Les glandes salivaires et stomacales ne participeraient pas à cette activité périodique de l'appareil digestif et ne sécréteraient pas dans l'intervalle des digestions. Deux appareils contigus — l'estomac, d'une part, et le duodénum avec le foie et le pancréas, d'autre part — se comporteraient donc de façons différentes en dehors des périodes de la digestion.

O. a cherché à vérifier cette manière de voir en portant surtout son attention sur les modifications de la formule leucocytaire.

Les recherches qu'il a instituées à cet effet à la Clinique thérapeutique universitaire de Tomsk, dirigée par le professeur M. G. Kourlov, ont montré que, si les sécrétions périodiques de suc duodénal en dehors de la digestion s'accompagnent d'une poussée leucocytaire, celle-ci est complètement différente de la leucocytose digestive. En effet, la courbe leucocytaire présente, pendant la période de digestion, 2 phases caractéristiques : une diminution initiale, suivie d'une augmentation. Par contre, en dehors de cette période, on assiste à une augmentation du taux des globules blancs dès que commence la sécrétion. De plus, alors que, dans la leucocytose digestive, les oscillations portent principalement sur les polynucléaires, ce sont les mononucléaires lymphocytes dont le taux augmentait d'emblée pendant la sécrétion dans l'intervalle des digestions.

Se basant sur les recherches effectuées à la même clinique par Liberov et qui montrent que tout mouvement, tant passif qu'actif, provoque rapidement une poussée leucocytaire, O. serait enclin à croire que l'augmentation du taux des lymphocytes enregistrée dans ses expériences tient moins aux fonctions digestives qu'aux mouvements des viscères abdominaux.

L. Cheinisse.

V. M. Goldstein (de Kharkov). ***La valeur de la réaction de Wolff-Junghans pour le diagnostic différentiel du cancer de l'estomac et de l'achylie bénigne.*** — En 1911, W. Wolff et P. Junghans ont proposé un procédé pour déterminer le pouvoir digestif de l'estomac d'après la teneur du suc gastrique en substances albuminoïdes transformées en peptones, à la suite d'un repas d'épreuve d'Ewald.

Ce procédé est basé sur l'emploi, comme réactif, de l'acide phosphotungstique, qui précipite les principaux produits intermédiaires de digestion de l'albumine.

A en juger par les recherches de Wolff et Junghans. la teneur du contenu stomacal en albumine dissoute se traduirait par des chiffres minima dans l'achylie gastrique simple, tandis que, dans les cas où l'achylie est liée à la présence d'un cancer de l'estomac, le taux de l'albumine dissoute serait notablement élevé.

G. a vérifié la valeur de cette réaction dans 24 cas, dont 18 achylies bénignes et 6 achylies avec cancer de l'estomac. Les résultats obtenus confirment les constatations faites par Wolff et Junghans.

Les chiffres supérieurs à 200 plaident en faveur du cancer; les chiffres inférieurs à 100, en faveur de l'achylie bénigne. Les chiffres bas (au-dessous de 100) présentent une valeur particulièrement appréciable, attendu qu'ils permettent d'exclure le cancer de l'estomac.

L. Cheinisse.

V. N. Smotrov (de Moscou). ***Sur la détermination quantitative de l'albumine dissoute dans le contenu gastrique.*** — Là encore, tout comme dans le précédent travail analysé ci-dessus, il s'agit de la réaction de Wolff et Junghans. Les recherches de S. ont porté sur 76 cas, dont 13 cancers de l'estomac avec absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, 3 cancers de l'estomac avec présence d'acide chlorhydrique libre, 22 achylies bénignes, 10 cas d'hypochlorhydrie, 15 cas avec acidité normale et 13 hyperchlorhydries.

En groupant les résultats, S. a obtenu pour l'achylie cancéreuse comme taux moyen de l'albumine dissoute 360 (les chiffres extrêmes étaient de 800 et de 100). Dans le cancer de l'estomac avec acide chlorhydrique libre dans le contenu gastrique, la teneur en albumine dissoute a oscillé entre 200 et 400, la moyenne étant de 260. Dans les cas d'achylie bénigne, le taux moyen de l'albumine dissoute a été de 65, les chiffres extrêmes étant de 100 et de 40.

S. estime que la réaction de Wolff et Junghans ne saurait être valable que dans les cas où le contenu gastrique ne renferme ni acide chlorhydrique libre, ni sang, ni bile.

Seuls, les chiffres bas ont une véritable valeur, car ils sont de nature à exclure le cancer de l'estomac.

Il résulte également des recherches de S. que le pouvoir digestif de l'estomac n'est pas sous la dépendance directe du taux de l'acide chlorhydrique libre.

L. Cheinisse.

A. A. Kholina (de Kiev). — ***Les symptômes oculaires dans l'encéphalite épidémique.*** — K. a recherché les manifestations oculaires chez 25 malades atteints d'encéphalite épidémique (14 femmes et 11 hommes) et qui, d'après leur âge, se répartissaient ainsi qu'il suit : 8 étaient au-dessous de 20 ans; 10 étaient âgés de 20 à 30 ans; 3 de 31 à 40 ans, et 4 avaient dépassé 40 ans. Chez 17 d'entre eux, l'affection évoluait depuis plus de 2 ans; chez les 8 autres, depuis moins d'un an.

Par ordre de fréquence décroissante, les troubles oculaires notés dans ces 25 cas peuvent être groupés dans le tableau suivant :

	Nombre de cas	Pour 100
Paralysie de la convergence.	24	96
Paralysie de l'accommodation	16	64
Inégalité des pupilles.	16	64
Modifications des réactions pupillaires.	16	64
Nystagmus	12	48
Sympathicotonie	10	40
Irrégularité de la forme des pupilles. .	8	32
Ptosis	6	24
Parésie des muscles de l'œil.	3	12
Altérations du fond de l'œil, ...	1	4
Occlusion spasmodique de l'œil	1	4

On remarquera que les paralysies des muscles de l'œil, qui constituent un des signes précoces de la maladie, n'ont été notées ici que 3 fois : c'est que ces paralysies disparaissent généralement au bout de quelques semaines et ne persistent que dans des cas exceptionnels. Par contre, les paralysies de la convergence et de l'accommodation persistent pendant longtemps, souvent même après la disparition de tous les autres symptômes morbides.

L. Cheinisse.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX

(Paris)

Tome XCVI, n° 97, 4 et 6 Décembre 1923.

Georges Thibierge. ***Sur le zona traumatique.*** — L'analyse de la plupart des cas de zona traumatique relatés dans la littérature médicale n'entraîne pas la conviction. D'une part, en effet, certains faits rangés dans le zona traumatique ne sont pas des cas de zona, tel un cas de Gaucher et Bernard, qui n'est qu'un impétigo post-traumatique, tels les herpès traumatiques de Verneuil. D'autre part dans certains cas, rangés sous le nom de zona traumatique, le traumatisme est des plus contestables. Enfin, dans un grand nombre de cas, le traumatisme invoqué et plus ou moins exactement précisé ne peut expliquer le développement du zona : il faut en effet que ce traumatisme ait intéressé directement ou secondairement le ganglion nerveux en cause.

Les éliminations faites, il reste un nombre infime d'observations vraisemblables, comme celles relatées pendant la guerre par Dupont et Troisier, Boursier et Ducastaing.

S'il est exceptionnel qu'on puisse établir scientifiquement le rapport entre le traumatisme et l'éruption zostérienne qui lui succède au bout d'un temps variable, en matière d'accident du travail, l'expert ne doit tenir compte que de la présomption, et considérer comme conséquence de l'accident un zona qui se produit dans les jours ou les semaines qui suivent, à condition que l'accident ait affecté une zone qui ait pu influer sur les ganglions nerveux qui commandent la topographie du zona.

Mais il faut encore que la réalité de l'accident soit bien établie. Or, dans toutes les expertises médico-légales où T. a eu à se prononcer sur l'origine traumatique d'un zona, l'accident faisait défaut et l'ouvrier incriminait un effort au cours du travail, alors que la douleur ressentie à ce moment n'était que la première manifestation du zona. L. Rivet.

LE PROGRÈS MÉDICAL

(Paris)

N° 49, 5 Décembre 1923.

M. Loeper et R. Turpin. ***Les gastronévrites.*** — Les gastronévrites se rencontrent dans des conditions très diverses : gastrites aiguës, subaiguës et chroniques, gastrites phlegmoneuses, syphilis et tuberculose, ulcère et cancer. Dès qu'il existe dans la muqueuse gastrique une érosion, une fissure, une brèche quelconque, l'infection microbienne, l'intoxication alimentaire, le suc gastrique lui-même y pénètrent; ils imbibent les filets nerveux comme ils imbibent les vaisseaux et les lymphatiques et sont ainsi le point de départ des gastronévrites. Dans les ulcères calleux, la gastronévrite diffuse au loin et l'on voit de véritables névrites ascendantes qui se propagent jusque dans le tronc principal du vague et dans le plexus solaire, occasionnant des troubles trophiques et entretenant les douleurs; parfois ces névrites s'accompagnent de la production de véritables névromes. Dans les cancers, les névrites sont spécifiques ou inflammatoires, et se disséminent avec les généralisations lymphatiques. Les gastronévrites sont anatomiquement calquées sur les entéronévrites.

On peut attribuer les gastronévrites à divers facteurs irritants : l'infection d'abord; puis, l'irritation des nerfs par le milieu gastrique lui-même, acide chlorhydrique, substances toxiques d'origine alimentaire, alcool, etc., le système nerveux gastrique pouvant pomper, pour ainsi dire, dans l'estomac certaines toxines et produits volatils, qui peuvent se propager le long des nerfs à la façon de la toxine tétanique.

Au cours des affections stomacales, ces gastronévrites sont le point de départ de manifestations fonctionnelles, motrices, sécrétoires et douloureuses variées, qui peuvent défigurer et prolonger l'affection elle-même. Leur importance a amené à proposer contre elles des interventions chirurgicales.

L. Rivet.

André Philibert. *La méningite herpétique.* — P. relate l'observation d'une femme de 32 ans, qui fut atteinte d'un herpès buccal, suivi d'herpès vulvaire; au cours de cette seconde localisation, apparut un syndrome méningé net, caractérisé par la céphalalgie, une légère constipation, et surtout la contracture des muscles de la colonne vertébrale, raideur de la nuque, signe de Kernig; il existait une réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien (13 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte), sans germe microbien visible ni cultivable; la guérison survint simplement et sans complications, au bout de quelques jours.

Cliniquement, P. élimina les diagnostics de méningite cérébro-spinale avec herpès, de méningite ourlienne, de méningite tuberculeuse, d'encéphalite léthargique. Il s'agissait d'une méningite herpétique pure, décelée par l'éruption importante d'herpès vulvaire, localisation au cours de laquelle Ravaut et Darré ont décrit une réaction albumino-lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien. Ce diagnostic peut être porté bien que l'on n'ait pas tenté l'inoculation au lapin.

Ce n'est donc plus seulement chez le lapin, comme l'expérimentation l'a montré, mais chez l'homme qu'il faut envisager l'infection herpétique à affinité élective pour les épithéliums et les centres nerveux, et il faut considérer l'herpès comme une infection épithéliale qui peut présenter, au nombre de ses complications, une méningite et même une encéphalo-myélite provoquée par la seule action du virus de l'herpès. Une observation recueillie récemment par l'auteur semble en effet montrer que le virus herpétique peut être rendu responsable de certains méfaits sur les centres nerveux et qu'il peut tenter d'envahir les centres médullaires et bulbaires par la voie des nerfs.

Au point de vue de la pathologie générale, la méningite herpétique pure pose un problème encore plus complexe. On sait la fréquence de l'herpès au cours de nombreuses méningites à méningocoque ou à pneumocoque : on peut dire qu'en pareil cas il y a virus herpétique associé au méningocoque ou au pneumocoque. Or le virus herpétique existe à l'état saprophytique sur les muqueuses buccales et génitales de certains individus, chez qui l'infection méningococcique ou pneumococcique peut réveiller sa virulence. Mais on peut aussi renverser le problème et se demander si l'augmentation de virulence du virus herpétique en provoquant la maladie herpétique ne crée pas un terrain favorable à la pullulation de certains germes comme le méningocoque et le pneumocoque, qui viendraient ainsi pulluler secondairement à un virus réel sous le nom de virus de sortie.

On peut donc concevoir que la méningite cérébro-spinale n'est qu'une méningite herpétique compliquée par la pullulation secondaire du méningocoque. On peut même se demander s'il s'agit d'une association fortuite ou si, pour le méningocoque, il ne s'agit pas d'une symbiose obligatoire, virus herpétique et méningocoque se symbiosant pour créer la méningite cérébro-spinale.

Dans le même ordre d'idées, la pneumonie pourrait être considérée comme une localisation du virus herpétique à l'épithélium alvéolaire du poumon, permettant secondairement la localisation superficielle du pneumocoque dans l'alvéole.

Si de telles notions pathogéniques se confirmaient, la thérapeutique devrait s'attaquer, non plus au virus de sortie, mais au virus causal lui-même, dont la destruction, ou la transformation, entraînerait la disparition par athrepsie du virus de sortie.

L. Rivet.

REVUE DE MÉDECINE

(Paris)

Tome XL, n° 9, Septembre 1923.

S. Goldflam (Varsovie). ***Sur la sémiologie des réflexes abdominaux.*** — G. donne sur ce sujet une très complète étude d'ensemble. Avec Oppenheim, il distingue les réflexes abdominaux épi- et hypogastriques.

Ces réflexes ont acquis une importance considérable dans les maladies du système nerveux, surtout l'abolition ou l'affaiblissement considérable unilatéral, car des différences peu accentuées peuvent s'observer à l'état normal. L'abolition totale des réflexes abdominaux arrive dans les affections de la moelle dorsale supérieure avec conductibilité entièrement interrompue.

G. insiste sur ce que dans les formes graves du diabète sucré, alors que les réflexes tendineux disparaissent, les réflexes cutanés sont conservés et peuvent même être très vifs. Même antagonisme dans les somnolences d'origine non diabétique, dans la septicémie et l'apoplexie cérébrale: dans ces derniers cas, l'abolition des réflexes cutanés rend le pronostic mauvais.

Dans la narcose, il y a au contraire disparition des réflexes cutanés, exagération des réflexes tendineux. Pendant le sommeil naturel, les réflexes abdominaux s'affaiblissent et disparaissent même si le sommeil est très profond. Dans l'hystérie, les réflexes abdominaux sont conservés.

Le zona intercostal peut déterminer l'abolition des réflexes abdominaux. Même disparition dans la paralysie infantile avec atteinte des muscles abdominaux.

Avec Jamin, Sicard, G. signale l'affaiblissement du réflexe abdominal inférieur droit dans l'appendicite. Il donne une étude intéressante des réflexes abdominaux dans les affections de la cavité abdominale. Nombre de celles-ci en déterminent des perturbations. L'abolition ou l'affaiblissement du réflexe abdominal épigastrique droit ont été notés autant dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum que dans la cholélithiase, la cholécystite, la néphrolithiase et même dans la lésion des muscles de la paroi abdominale. Il s'ensuit que ces modifications n'ont pas la même valeur sémiologique qu'en pathologie nerveuse et n'acquièrent quelque importance diagnostique qu'en combinaison avec d'autres symptômes importants. Ici encore c'est l'abolition unilatérale qui est pathologique, ou une inégalité notable. Toutes les affections qui déterminent cette altération des réflexes abdominaux ont de commun la présence d'un mal organique. La présence de ce symptôme permet donc d'exclure avec une grande probabilité une maladie fonctionnelle et de penser plutôt à une affection organique.

L. Rivet.

STRASBOURG MÉDICAL

Tome LXXXI, n° 19, 1er Décembre 1923.

J. Baur et F. Codvelle. ***Septicémie prolongée à méningocoques.*** — B. et C. relatent l'observation d'une septicémie prolongée caractérisée par une éruption purpurique initiale, une série ininterrompue d'accès tierces pseudo-palustres, sans détermination viscérale, avec présence de méningocoque B dans le sang. Il y eut apparition d'une méningite tardive. La guérison survint le 70e jour par sérothérapie intrarachidienne, après échecs successifs de la sérothérapie intraveineuse, de la bactériothérapie, de la protéinothérapie.

Ils insistent sur l'arrêt brusque de la fièvre, observé après la sérothérapie intrarachidienne. Cette soudaineté de la guérison a d'ailleurs été notée dans presque toutes les observations A vrai dire, l'action heureuse des divers traitements actuellement employés ne semble s'exercer que dans les périodes avancées de la septicémie. Ce qui ne veut cependant pas dire que les succès observés ne soient dus qu'à d'heureuses coïncidences. En dépit de cas de guérison spontanée, on sait en effet l'extrême ténacité de la septicémie à méningocoques. L'efficacité de la sérothérapie intrarachidienne, observée par les auteurs, tient peut-être à l'existence de gîtes paraméningés dont les germes essaiment dans la circulation générale. L. Rivet

Finck (de Vittel). *Un signe précoce d'hypercholestérinémie : le xanthome labial.* — Cette lésion, qui est un dépôt local de cholestérine, se présente sous la forme de points blanc jaunâtre, qui grandissent peu à peu et, par leur confluence, forment des plaques situées sur la partie rouge de la lèvre supérieure, distinctes du lichen et de la leucoplasie. Cette

lésion est plus fréquente dans l'hypercholestérinémie d'origine hépatique que dans celle d'origine surrénale. F. a pratiqué l'examen biopsique de deux cas de ce genre et montré qu'il s'agissait de dépôts de cholestérine. Ces lésions labiales sont régressibles, comme le xanthélasma ; leur disparition n'est cependant qu'exceptionnelle. Le traitement est celui des cholestérinémies et F. rappelle seulement le bon effet des alcalins sur les cholestérinémies d'origine hépatique. L. Rivet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR

(Paris)

Tome XXXVII, n° 12, Décembre 1923.

G. Ramon. ***La floculation dans les mélanges de toxine et de sérum antidiphtérique.*** — La réaction de floculation permet de doser l'un et l'autre des deux éléments en présence dans le mélange toxine-sérum antidiphtérique : l'élément anticorps comme l'élément antigène; elle peut, en outre, servir à l'étude de certains problèmes d'ordre théorique.

La floculation désigne à l'observateur le mélange dans lequel la toxine a saturé ou a été saturée par l'antitoxine. Il résulte de là que, connaissant le pouvoir floculant ou saturant d'une toxine donnée vis-à-vis de l'antitoxine, c'est-à-dire ayant déterminé la quantité d'antitoxine que cette toxine peut saturer ou en présence de laquelle elle peut donner naissance à la floculation, on peut mesurer sans difficulté le pouvoir antitoxique d'un sérum quelconque. En mettant, en effet, en contact dans une série de mélanges une quantité fixe de cette toxine et des volumes progressivement décroissants du sérum à doser et en constatant quel est le volume de ce sérum qui provoque l'apparition de la floculation, on saura combien ce volume renferme d'antitoxine, d'où la valeur antitoxique cherchée : cette valeur étant en somme inversement proportionnelle au volume du sérum capable de faire apparaître la floculation initiale. On détermine, au préalable, le pouvoir saturant ou floculant de la toxine employée à l'aide d'un sérum étalonné en unités d'Ehrlich.

R. expose ensuite la technique du dosage de l'antitoxine diphtérique par la floculation, avec ses deux temps : 1° détermination du pouvoir saturant de la toxine destinée aux dosages et établissement de la table de titrage correspondant à cette toxine ; 2° dosage d'un sérum antidiphtérique quelconque.

Il précise ensuite les modalités de la floculation en ce qui concerne spécialement le dosage de l'antitoxine : influence de la température, influence de la toxine, influence du sérum.

La pratique de plusieurs milliers de titrages selon cette technique (soit seule, soit associée au procédé habituel d'Ehrlich *in vivo*), les essais confirmatifs d'autres expérimentateurs montrent la valeur de la méthode, qu'on peut tenter d'appliquer également au dosage des précipitines en général. L. Rivet.

A. Borel, L. Boez et A. de Coulon. ***Etude comparée de la virulence et de la toxicité des corps microbiens et de la tuberculine de divers échantillons de bacilles tuberculeux. Exaltation de la virulence de souches atténuées. Essais de vaccination.*** — Cette étude a porté sur 25 origines différentes. B., B. et de C. en extraient les documents relatifs à 12 souches, comprenant 6 races humaines, 5 bovines et une race équine. La relation de ces méthodiques recherches expérimentales les amène à formuler les conclusions générales suivantes :

Certaines origines de bacilles tuberculeux entretenues depuis de nombreuses années par repiquages mensuels sur pomme de terre glycérinée ont perdu une grande partie de leur virulence initiale. Cette atténuation progressive semble plus fréquente pour les souches bovines que pour les humaines.

La plupart des origines atténuées peuvent, par passage chez l'animal, surtout par inoculation intracardiaque, récupérer leur virulence initiale. Un bacille atténué pour un organisme est donc susceptible d'acquérir, dans des lésions de tuberculose bénigne, une recrudescence de virulence qui en fait un agent redoutable d'infection pour un organisme neuf. L'une des origines bovines étudiées leur a paru cependant définitivement atténuée.

L'atténuation progressive de la virulence s'accompagne généralement d'une diminution de la toxicité de la tuberculine. Mais cette relation n'est pas constante. Certaines souches à virulence minime ou nulle continuent à sécréter une tuberculine très active. Il n'y a donc pas de relation nécessaire entre la toxicité de la tuberculine et la virulence d'un bacille tuberculeux.

Lorsqu'on étudie des échantillons de bacilles d'origines différentes, au point de vue de leurs réactions biologiques : virulence, toxicité de la tuberculine et surtout toxicité des corps bacillaires par voie intracérébrale ou sous-cutanée pour le cobaye sain et le cobaye tuberculisé avec des origines différentes humaine ou bovine, on constate que la variété de ces réactions est telle qu'il n'y a pas à proprement parler deux souches qui se comportent identiquement.

Les cobayes préparés par inoculation intracardiaque, intrapéritonéale et surtout sous-cutanée avec les origines atténuées présentent une résistance appréciable à la tuberculisation, résistance qui se traduit par une survie constante et notable des cobayes préparés par rapport aux cobayes témoins. Mais tous les cobayes préparés finissent par succomber plus ou moins tardivement avec des lésions tuberculeuses. L. Rivet.

RIVISTA OTO-NEURO-OPHTALMOLOGICA

(Rome)

Tome 1, fasc. 1, Juillet-Août 1923.

G. Di Marzio. ***Oxycéphalie et lésions oculaires ou syndrome de synostose cranienne pathologique.*** — On sait que le syndrome en question est caractérisé par la déformation cranienne associée à des lésions du nerf optique et accessoirement par de l'exophtalmie, du strabisme, du nystagmus, des crises à type épileptique. Parmi les diverses déformations craniennes, on note le plus souvent l'oxycéphalie, où la calotte allongée en hauteur prend un aspect pointu en pain de sucre : dans l'acrocéphalie, déformation voisine, le crâne affecte un aspect en tour. L'auteur relate 2 observations : l'une, d'oxycéphalie avec épilepsie, l'autre d'acrocéphalie, toutes deux associées à l'atrophie optique. Il y joint l'étude d'un crâne acrocéphalique et pour ces trois observations publie des clichés photographiques et radiographiques. Dans l'une des observations, le liquide céphalo-rachidien montrait une pression normale (31 mm. au manomètre de Claude). Suit une revue des diverses théories mises en avant pour expliquer le syndrome ; celle de Virchow est une des plus en faveur : une inflammation chronique osseuse et méningée rendrait compte de la synostose prématurée des sutures craniennes et de la méningite chronique séreuse avec névrite optique. L'auteur ne pense pas que les divers traitements chirurgicaux proposés (ponction ventriculaire, ponction du corps calleux, craniectomie, trépanation) puissent être utiles, sinon au début de l'affection. Un index bibliographique termine cette étude. L. Cotoni.

E. Raverdino. ***Etat du liquide céphalo-rachidien dans les maladies du nerf optique.*** — Cette importante étude est destinée dans l'esprit de l'auteur à faire bénéficier de plus en plus les ophtalmologistes des renseignements fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Après avoir exposé les données anatomiques et physiologiques principales sur ce sujet, R. publie un vaste tableau où figurent, à propos de 110 cas d'affections oculaires étudiées par lui, le diagnostic clinique, le résultat de l'examen ophtalmologique, la pression du liquide céphalo-rachidien, sa couleur, sa teneur en albumine et en globuline, les résultats des recherches cytologiques et de la réaction de Bordet-Wassermann. La mesure de la pression intrarachidienne constitue une investigation particulièrement importante. Presque tous les sujets atteints de névrite optique présentent de l'hypertension rachidienne, souvent de l'hyperalbuminose. Dans la névrite syphilitique, la réaction de Nonne est toujours positive et l'hyperalbuminose constante, la lymphocytose est fréquemment pure. Dans la névrite d'origine tuberculeuse, il y a hypertension, hyperalbuminose, augmentation de la globuline, lymphocytose et polynucléose. En cas de néoplasme, l'hypertension baisse rapidement même après une faible soustraction de liquide, mais la ponction peut être dangereuse. Le liquide est sanglant ou jaune, hyperalbumineux dans les hémorragies méningées. R. passe également en revue les altérations du liquide céphalo-rachidien rencontrées dans les cas de stase papillaire, d'atrophie primitive du nerf optique. Chez les tabétiques avec atrophie, le tableau est caractéristique : pression en général normale, albumine en excès ou non, lymphocytose, réactions de Nonne et de Bordet-Wassermann positives. Dans les atrophies post-névritiques par hydrocéphalie, on note l'hypertension, l'hyperalbuminose ; la réaction de Bordet-Wassermann fournit des résultats variables. L. Cotoni.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Tome XLIX, n° 44, 2 Novembre 1923.

Rietschel. ***Le sérum humain normal en injection préventive contre la rougeole.*** — Un des grands obstacles qui viendront toujours limiter l'application de l'excellente méthode préventive de la rougeole de Nicolle au moyen de l'injection de sérum de convalescent réside dans la difficulté de se procurer du sérum. Pour obvier à cette difficulté, R. a recours au sérum provenant d'enfants ou d'adultes ayant eu jadis la rougeole. Il est particulièrement indiqué de choisir les père et mère ou les frères et sœurs comme fournisseurs de sérum, en donnant la préférence aux sujets les moins âgés.

L'injection au sujet de 25 à 30 cmc de sang maternel, d'après l'expérience de R., est particulièrement recommandable et mérite d'entrer dans la pratique journalière. Elle suffit dans la majorité des cas à préserver les enfants menacés de la rougeole ou, tout au moins, à atténuer considérablement cette dernière lorsqu'elle se produit. Torday, Salomon, Barabas ont confirmé ces résultats obtenus avec le sérum des adultes. Rien de plus simple que de prélever stérilement 20 cmc de sang chez la mère et de l'injecter immédiatement chez son enfant menacé ; jusqu'au 5e ou 6e jour de l'incubation, le bénéfice de cette méthode se fait encore sentir. Jamais R. n'a observé d'incident fâcheux, en particulier de réaction fébrile à la suite de l'injection.

L'action préventive du sérum d'adulte est bien d'ordre spécifique : en effet, dans un cas où l'injection de sang maternel n'empêcha pas un nourrisson traité dans les délais voulus d'avoir une rougeole grave, il fut établi par l'apparition de la même maladie chez la mère que celle-ci n'avait pas eu la rougeole et que son sang ne pouvait donc contenir les anticorps protecteurs. P.-L. Marie.

K. Bonhœffer. ***Quels enseignements la psychiâtrie peut-elle tirer de l'étude de l'encéphalite léthargique ?*** — L'encéphalite épidémique a donné l'occasion d'ébranler le dogme de la suprématie de l'écorce cérébrale en tant que siège exclusif des fonctions psychiques. En particulier, les symptômes observés dans le parkinsonisme post-encéphalitique, qui se rapprochent à maints égards de ceux qui se rencontrent dans la forme catatonique de la schizophrénie, semblent prêter un appui anatomique à la conception purement hypothétique de Reichardt et Berze qui invoquent des rapports entre le tronc cérébral et les affections schizophréniques. Le problème capital est le suivant : existe-t-il une diminution des impulsions à l'action et une modification de l'affectivité chez ces parkinsoniens ? Question délicate à résoudre et à laquelle des réponses contradictoires ont été faites. En ce qui concerne les impulsions à l'action, l'étude objective extérieure du comportement des malades n'apporte pas de clarté suffisante et, d'autre part, la méthode introspective ne fournit pas de résultats uniformes. Il en est de même pour l'affectivité ; il est difficile de savoir s'il s'agit d'un déficit primitif de cette dernière ou d'interprétations ayant leur point de départ dans la perception de l'enraidissement de la motricité. Tout compte fait, il est encore impossible d'établir sur un terrain solide la parenté qui peut exister entre les troubles de l'activité et de l'affectivité de l'encéphalite et ceux de la schizophrénie.

Toutefois, du point de vue de la personnalité psychique, certaines différences apparaissent entre le malade paralytique par lésion pyramidale et l'akinétique par lésion striée : chez le premier, la réaction psycho-affective paraît souvent en disproportion avec la gravité de l'état paralytique, tandis que la fré-

quence des modifications marquées de l'initiative et de l'affectivité chez le second indique une relation entre le processus encéphalitique et les fonctions psychiques; mais il est impossible d'affirmer que c'est la lésion du paléoencéphale qui conditionne ces altérations, car l'encéphalite peut toucher aussi les hémisphères. Ce ne sont là que des indices que doivent fortifier de nouvelles recherches.

Les séquelles psychiques, si spéciales, de l'encéphalite chez les enfants, agitation motrice, impulsivité, sensibilité fongueuse, hyperexcitabilité vasomotrice, invitent aussi à rechercher la cause de ces désordres dans la localisation particulière de l'encéphalite au tronc cérébral.

Quant aux symptômes psychiques concomitants de l'encéphalite, tels que les délires, les états confusionnels oniriques, qui atteignent leur apogée avec le délire aigu, leur fréquence ne semble pas démentir le caractère propre de l'encéphalite de frapper non l'écorce, mais le tronc cérébral. Il ne s'agit là que d'une atteinte toxique très passagère de l'écorce, et l'absence de toute séquelle amnésique souligne le manque de toute altération sérieuse du cortex. Le développement consécutif éventuel de psychoses chroniques ne diffère pas dans l'encéphalite de ce qui existe dans les délires toxi-infectieux. Ces délires guérissent presque sans exception. Le développement d'une psychose implique un facteur endogène; il n'y a pas de tendance en particulier à l'apparition d'une schizophrénie. P.-L. Marie.

Nos 47-48, 30 Novembre 1923.

J. Strasburger. ***Amélioration de l'utilisation de l'émanation du radium au moyen de son union avec des corps gras.*** — S. s'est rendu compte par des mesures précises, faites à l'Institut universitaire de thérapeutique physique de Francfort, que l'eau constituait un très mauvais véhicule pour l'émanation du radium qui s'y dissout en faibles proportions et disparaît rapidement dans l'air environnant. Or, si l'on veut obtenir de bons résultats thérapeutiques de ce gaz, il est indispensable de l'employer à grosses doses, mais une telle pratique étant fort onéreuse, S. a cherché à améliorer l'utilisation du précieux gaz.

Les corps gras permettent d'atteindre ce but. Pour l'usage externe, l'émanation est reçue dans de la vaseline qui la dissout 9 fois mieux que l'air, 36 fois mieux que l'eau. Cette préparation laisse échapper l'émanation dans l'air ambiant bien plus lentement que l'eau chargée de ce gaz. D'autre part, la pénétration du corps gras dans la profondeur des tissus permet d'améliorer encore les résultats thérapeutiques qui se sont montrés très brillants, en particulier dans la névralgie faciale.

Ces différences dans le coefficient de solubilité dans l'eau et dans les graisses permettent en outre d'obtenir des préparations d'émanation plus concentrées en partant de préparations à faible teneur, et, de ce point de vue, on peut escompter une utilisation intéressante des sources d'eaux radio-actives.

Pour l'usage interne, l'émanation est dissoute dans l'huile d'olives qui la dissout 112 fois mieux que l'eau, ou dans une émulsion huileuse, selon une technique que S. expose en détail. Les déterminations de la teneur en émanation de l'air expiré montrent que le rejet de cette dernière par les poumons, comparé à celui qu'on observe après ingestion d'eau chargée d'émanation, est très notablement retardé et se prolonge pendant un temps beaucoup plus grand. Ces avantages résultent d'une résorption ralentie dans le tractus digestif jointe au pouvoir dissolvant pour l'émanation que possèdent les acides gras et les savons produits aux dépens des graisses neutres; mais surtout les graisses qui pénètrent dans le sang servent de véhicule à l'émanation et contribuent à la faire parvenir jusque dans le sang artériel, fait qu'on n'observe pas lorsqu'on donne l'émanation dissoute dans l'eau; dans ce cas l'émanation passe dans l'air alvéolaire au niveau des capillaires pulmonaires. Ainsi l'émanation peut arriver jusqu'au lieu où elle doit exercer son action. S. espère pouvoir arriver à un résultat encore meilleur grâce à l'injection intraveineuse d'émulsion huileuse chargée d'émanation, qui offrirait l'avantage sur les sels de thorium et de radium de ne pas constituer de dépôts durables de substances radifères dans l'organisme. Quant à la méthode par ingestion, elle a besoin d'une application clinique faite sur une large échelle pour que soient confirmés en pratique ses avantages, théoriquement bien établis par les recherches ci-dessus. P.-L. Marie.

L. Sacharoff (d'Odessa). ***Valeur de l'épreuve de Kamnitzer-Joseph à la phloridzine pour le diagnostic précoce de la grossesse.*** — S. a employé la phloridzine, à la dose de 2 milligr. en injection, selon la technique de Kamnitzer et Joseph, chez 47 femmes. Toutes celles qui étaient dans les 3 premiers mois d'une grossesse réagirent par de la glycosurie. Parmi celles dont la grossesse était plus avancée, la moitié seulement présentèrent de la glycosurie. Sur 16 femmes en couches, il n'y en eut que 5 chez lesquelles l'épreuve fut positive. La glycosurie fut notée chez toutes les femmes examinées qui avaient eu un avortement incomplet. Elle fit défaut chez toutes les femmes (9) ne se trouvant pas en état de gravidité.

Cette réaction permettrait donc lorsqu'elle est négative d'exclure l'existence d'une grossesse récente (jusqu'à 3 mois), un résultat positif plaidant fortement en faveur d'une grossesse. Il serait intéressant de rechercher comment cette épreuve se comporte pendant la menstruation. P.-L. Marie.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

Tome LXX, n° 47, 23 Novembre 1923.

F. Plaut, P. Mulzer et K. Neubürger. ***Etiologie des affections inflammatoires du système nerveux chez le lapin syphilitique.*** — Jusqu'à quel point est-on fondé à considérer comme syphilitiques, comme l'ont fait Steiner, Jacob, Noguchi, etc., les altérations du névraxe que présentent les lapins inoculés avec le tréponème?

Les altérations du liquide céphalo-rachidien qu'il est possible d'étudier en série, grâce à la ponction sous-occipitale, sont d'interprétation plus dificile que chez l'homme, car ni la réaction de Wassermann ni les réactions de floculation n'ont rien de spécifique chez le lapin, et les autres modifications du liquide sont loin d'avoir la même valeur décisive. Par ailleurs il existe, chez cet animal, des encéphalites spontanées, s'accompagnant d'altérations du liquide, et qui, si on les méconnaît, peuvent se trouver transmises en série aux animaux inoculés et en imposer pour des accidents d'ordre syphilitique; d'autre part, il faut songer que les infections secondaires, toujours possibles lorsqu'on inocule des produits syphilitiques infectés, comme c'est d'ordinaire le cas, sont capables de provoquer, elles aussi, des localisations nerveuses. La question est donc loin d'être simple. P., M. et N. ont cherché à se mettre à l'abri de toutes ces causes d'erreur.

L'étude du liquide, préalablement à l'inoculation syphilitique, permet d'éviter d'employer des animaux déjà atteints d'encéphalite spontanée. Celle-ci paraît d'ailleurs rare puisque P., M. et N. ne l'ont rencontrée qu'une fois sur 543 animaux, mais d'autres auteurs l'ont trouvée plus fréquemment. La seconde cause d'erreur, l'infection secondaire, peut être écartée en employant un matériel d'inoculation indemne d'agents infectieux autres que le tréponème : le sang des malades syphilitiques, et non le système nerveux qui peut receler des virus invisibles pathogènes pour le lapin, est le matériel de choix. Or, c'est précisément la série de lapins inoculés avec du sang de syphilitique secondaire au départ qui donna le plus souvent (dans 80 pour 100 des cas) des réactions du liquide céphalo-rachidien. Malheureusement, P., M. et N. ne s'étaient pas assurés, avant la première inoculation, de l'état de ce liquide, si bien qu'on pourrait incriminer la transmission en série d'une encéphalite spontanée du premier lapin, et cela d'autant plus que les altérations du liquide chez les animaux inoculés se montrèrent souvent avant les accidents locaux testiculaires ou même en l'absence de ces derniers, si l'inoculation du sang et des viscères de ces lapins n'avait donné lieu au développement de lésions riches en tréponèmes, ce qui constitue bien la preuve que l'animal, point de départ de la série, était bien en réalité atteint d'une affection syphilitique. Une autre preuve en faveur de la nature syphilitique des altérations nerveuses est la suivante : une souche de tréponèmes qui ne donnait lieu que très rarement à des altérations du liquide céphalo-rachidien en provoqua souvent lorsqu'on se mit à traiter les animaux par des doses d'arsénobenzol insuffisantes. D'ailleurs, des inoculations ultérieures de sang provenant de sujets en puissance de syphilis et faites chez des lapins indemnes avant l'inoculation de toute altération du liquide aboutirent au même résultat qu'avec le premier matériel d'inoculation en question. Selon toute vraisemblance, les modifications observées sont donc bien de nature syphilitique.

Mieux vaudrait encore évidemment en apporter la preuve directe. Malheureusement, P., M. et N., contrairement à Noguchi et à Fontana, n'ont pas pu déceler le tréponème dans les lésions nerveuses des lapins, de même que Steiner, par l'examen direct. Ils n'ont pas encore eu recours à la méthode des inoculations, mais cette dernière a donné des résultats positifs entre les mains de Uhlenhuth, de Brown et Pearce. En somme, on ne peut guère douter que les altérations produites sont bien d'origine syphilitique.

Quant à l'aspect histologique des lésions, il n'a rien de caractéristique et ne saurait suffire à apporter la preuve de leur nature syphilitique. D'autres processus peuvent en produire de semblables chez le lapin. Il faut d'ailleurs bien savoir que l'inoculation de substance nerveuse chez le lapin, même provenant de malades morts d'affections autres que la syphilis nerveuse ou l'encéphalite épidémique, peut provoquer une encéphalite transmissible en série (Jahnel). P., M. et N. ont, de leur côté, constaté des lésions nerveuses transmissibles chez un lapin inoculé avec la substance cérébrale d'une basedowienne morte pendant l'ablation du goitre et dont le cerveau avait été prélevé aussitôt, si bien qu'ils pensent que le cerveau humain peut receler des germes invisibles capables de déterminer des lésions inflammatoires du névraxe chez le lapin. On voit combien il faut être prudent en pareille matière avant de conclure; la démonstration de l'agent pathogène dans les lésions doit donc rester l'objet des recherches à venir. P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCE

(Philadelphie)

Tome CLXVI, n° 6, Décembre 1923.

L. D. Bristol. ***La scarlatine, réaction d'hypersensibilité aux protéines streptococciques.*** — B. commence par mettre en parallèle les symptômes caractéristiques de l'allergie médicamenteuse et sérique et ceux de la scarlatine. On retrouve dans les 3 états morbides des traits identiques : incubation de longueur variable, souvent frisson initial avec malaise général, vomissements, fièvre plus ou moins marquée, éruption suivie de desquamation plus ou moins accusée, éosinophilie sanguine, atteinte fréquente des ganglions lymphatiques et des articulations, albuminurie, parfois terminaison fatale au milieu de symptômes de choc, action favorable de l'adrénaline dans les cas sévères, enfin, après guérison, état de tolérance ou d'immunité au moins temporaire. La similitude des symptômes est poussée si loin dans certains cas que le diagnostic différentiel peut devenir malaisé.

D'autre part, B. se range à l'opinion de nombreux auteurs qui admettent un lien étiologique entre les streptocoques et la scarlatine. Il rappelle que dans cette maladie le streptocoque hémolytique est constamment trouvé au niveau de la gorge, et souvent en culture pure, qu'on ne le rencontre jamais avec une pareille fréquence ni en si grandes quantités dans aucune autre infection, ni dans les pharynx normaux, et que, de plus, il n'est pas rare chez les scarlatineux d'isoler le streptocoque du sang ou des organes devenus le siège de complications. La scarlatine ne serait-elle donc pas l'expression d'une hypersensibilité aux protéines streptococciques?

Pensant apporter à son opinion une base expérimentale solide, B. a pratiqué des cuti-réactions avec des vaccins préparés au moyen de streptocoques de provenance diverse. Chez les sujets ayant eu jadis la scarlatine, il a constaté 41 pour 100 de réactions positives se traduisant par une infiltration accompagnée de rougeur de la peau, apparaissant au bout de 4 à 18 heures et atteignant son maximum en 24 à 48 heures, puis disparaissant rapidement; 61 p. 100 des patients n'ayant jamais eu la scarlatine réagirent positivement; par contre, aucun des scarlatineux en activité éprouvés ne réagit aux protéines streptococciques. B. en conclut que, tandis qu'une forte proportion de sujets normaux sont sensibles à ces

protéines, les sujets en puissance de scarlatine se trouvent dans un état de désensibilisation. On pourrait toutefois reprocher à B. de s'être contenté d'éprouver uniquement ses patients avec les protéines streptococciques et non avec des extraits d'autres bactéries. Il n'en déduit pas moins de ces expériences et de l'observation clinique que la scarlatine est une réaction d'hypersensibilité spécifique vis-à-vis des protéines streptococciques et représente un état complexe, comprenant primitivement une infection locale à streptocoques, frappant d'ordinaire la gorge, mais parfois une plaie accidentelle ou opératoire, une brûlure, la plaie utérine des accouchées, et ultérieurement une intoxication par les protéines streptococciques chez les sujets devenus hypersensibles à la suite de l'infection première.

Si l'on accepte cette théorie, deux facteurs deviennent prépondérants dans le traitement et la prophylaxie de la scarlatine : d'abord la lutte contre le streptocoque lui-même (isolement soigneux, désinfection, non seulement dans les scarlatines franches, mais dans toutes les autres infections à streptocoques virulents, isolement et traitement des porteurs de streptocoques, contrôle du lait, véhicule fréquent de streptocoques dangereux); ensuite désensibilisation des individus que la cuti-réaction dénonce comme hypersensibles, soit par des agents spécifiques (vaccins, antisérums, sérum de convalescent en particulier), soit par des méthodes non spécifiques (protéinothérapie, peptone, adrénaline); enfin, traitement des foyers infectieux streptococciques (gorge, etc.), par exemple par le procédé de Milne, de façon à réduire au minimum l'absorption des protéines nocives. P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

Tome XXXVIII, n° 6, 1er Décembre 1923.

T. M. Rivers et W. S. Tillett. *Etudes sur la varicelle : susceptibilité des lapins au virus varicelleux.* — L'observation clinique indique que le virus varicelleux est probablement présent dans le sang; en effet, la localisation de ce virus au tégument externe est nettement influencée par les irritations locales : application d'emplâtre adhésif, frottements d'un linge grossier, présence d'une éruption d'acné, chez les malades de R. et T. Aussi ces derniers ont-ils pensé qu'on pouvait peut-être reproduire la varicelle chez les animaux en leur injectant le sang des malades, puis en rasant la peau et en l'irritant.

R. et T. ont procédé comme l'a fait Noguchi pour le virus vaccinal. Ils ont inoculé le sang, prélevé dans les 24 heures suivant l'éruption, dans le testicule de lapins et ont fait des passages de testicule à testicule tous les 4 jours, comptant ainsi exalter la virulence de l'agent pathogène. Les cultures du broyage des testicules se sont toujours montrées stériles sur les milieux usuels. 1 cmc d'émulsion de testicule dans l'eau physiologique ou dans la glycérine était inoculé dans le testicule; en même temps la cornée était aussi inoculée. Deux régions de la peau étaient alors rasées et scarifiées.

Les premiers animaux de la série ne présentèrent rien de spécial; mais au bout de 4 à 8 passages, dans certaines séries, les testicules devinrent tendus et durs 3 à 4 jours après l'inoculation; la cornée présenta du dépoli et de l'injection périkératique; les scarifications cutanées, 4 à 6 jours après l'inoculation, s'entourèrent de rougeur et de gonflement. Puis, à mesure que le nombre des passages augmentait, des symptômes généraux, abattement, anorexie, amaigrissement, se montrèrent ainsi qu'une élévation de température 3 ou 4 jours après l'inoculation et dans les zones rasées apparut parfois une éruption papuleuse discrète de 5 à 11 jours après l'inoculation, semblant indiquer que le virus envahissait le sang et se localisait dans les endroits irrités de la peau. De fait, le sang de ces animaux, injecté dans le testicule d'autres lapins, déterminait les mêmes modifications que l'injection d'émulsion de testicule.

Le virus trouvé chez les varicelleux se conserve vivant pendant 6 jours au moins dans l'eau physiologique et pendant 29 jours dans la glycérine à 50 p. 100 à basse température. Il est tué en 30 minutes à 70°. La vaccine ne confère pas d'immunité contre ce virus. De nouvelles recherches, en particulier l'étude du pouvoir pathogène de ce virus pour l'homme, sont nécessaires avant d'affirmer qu'il s'agit bien là de l'agent spécifique de la varicelle. P.-L. Marie.

S. L. Warren et G. H. Whipple. *De l'intoxication par les rayons X. I. Influence de la destruction de l'épithélium intestinal par les rayons X sur l'invasion du torrent circulatoire par les bactéries. II. Effet cumulatif des irradiations faites à intervalles variés. III. Trajet suivi par un faisceau de rayons dans l'organisme vivant. IV. Lésions intestinales et intoxication aiguë produites par l'irradiation chez diverses espèces animales.* — Les rayons X ont une action destructive spécifique sur l'épithélium de la muqueuse intestinale. Une dose convenable permet de dépouiller les cryptes et les villosités de leur revêtement épithélial, les laissant exposées ainsi aux myriades de bactéries intestinales. On s'attendrait à ce qu'il s'ensuivît une pénétration massive de ces dernières dans le sang, l'épithélium intestinal étant réputé comme la barrière la plus importante opposée à l'envahissement bactérien des tissus sous-jacents. Or, chez le chien, malgré les profondes altérations que présente l'épithélium, deux et trois jours après l'irradiation, les cultures des organes donnent des résultats très voisins de ceux observés chez les témoins non irradiés. Ce n'est qu'au moment du coma préagonique qui survient vers le 4e jour que se montre l'envahissement du sang par les bactéries intestinales et leur dissémination dans les organes. Mais il n'y a rien là que de très banal. La sous-muqueuse elle-même, en dépit de l'absence de l'épithélium, ne se laisse pas envahir par les bactéries. L'épithélium ne semble donc pas jouer le rôle capital qu'on lui attribue dans la protection contre la pénétration des bactéries ; il est possible que le défaut d'absorption et la prépondérance des processus d'exsudation à travers la muqueuse soient des facteurs protecteurs importants.

Une dose massive unique de rayons X administrée sur l'abdomen produit des lésions précises et constantes de la muqueuse du grêle et la gravité de l'intoxication semble parallèle à l'importance des lésions épithéliales. Cette intoxication dure de 4 à 6 jours avec une dose de rayons X voisine de la dose minima mortelle. Si l'on donne ensuite pendant cette période de nouvelles doses de rayons, on constate un effet cumulatif très net. Des doses faibles, mais répétées, administrées pendant un laps de temps de 5 à 6 jours, déterminent pratiquement les mêmes altérations cellulaires et les mêmes signes cliniques d'intoxication qu'une dose unique représentant la somme des petites doses exprimées en milliampères-minutes. Des doses de rayons données à des intervalles de 6 jours ou plus ne semblent plus s'additionner. Les lésions causées par les rayons aux cellules des organes profonds ne suivent donc pas les mêmes lois de sommation que celles qui s'appliquent aux cellules de l'épiderme. Les cellules des tumeurs semblent réagir de façon analogue à celles de la muqueuse intestinale.

Les rayons X qui altèrent l'épithélium intestinal, et probablement aussi les cellules des néoplasmes, suivent à partir du foyer d'émission un trajet rectiligne à travers les tissus vivants, comme on peut s'en rendre compte avec des écrans imperméables perforés. Connaissant la dimension et la forme du faisceau de rayons envoyé sur l'abdomen, on peut prédire les lésions que présentera l'estomac ou l'intestin. Ces lésions sont encore moins curables que les brûlures des téguments et souvent elles aboutissent après plusieurs semaines à la perforation. Même dans la profondeur de l'abdomen, les lésions duodénales sont aussi nettement délimitées qu'un ulcère peptique, et ce caractère indique l'absence de dispersion des rayons primaires ou secondaires dans leur passage à travers les tissus vivants. La zone de transition entre les tissus normaux et nécrosés occupe rarement plus de 2 à 3 mm. Ce fait indique aussi que le péristaltisme n'occasionne que peu de changements dans la situation de l'intestin. Il est possible qu'une radiation secondaire prenne naissance, particulièrement dans les tissus profondément situés, mais cette radiation n'altère pas l'épithélium intestinal en dehors du trajet du faisceau de rayons.

Les divers animaux de laboratoire sont à peu près également sensibles aux rayons X administrés sur l'abdomen, comme le montrent la similitude de la réaction clinique et celle des lésions intestinales produites par la dose minima mortelle. Le rat et le cobaye sont un peu plus sensibles que le chien, le chat et le lapin. Par contre, les oiseaux, la grenouille, les reptiles sont très résistants et peuvent supporter 2 ou 3 doses de rayons mortelles pour le chien, sans qu'on puisse expliquer cette particularité. L'intestin de l'homme semble être aussi sensible aux rayons X que celui des mammifères et, afin d'éviter de graves lésions, le radiothérapeute ne doit pas l'oublier lorsqu'il irradie l'abdomen. P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Tome VIII, n° 6, Décembre 1923.

Schamberg et Brown (de Philadelphie). *La présence d'acide urique dans le sang dans les affections cutanées, en particulier dans l'eczéma et le prurit.* — S. et B. ont recherché, chez 280 malades atteints de dermatoses diverses, les variations de l'acide urique dans le sang. Les chiffres les plus élevés furent obtenus dans l'eczéma et le prurit. Si l'on admet que le chiffre normal maximum d'acide urique dans le sang est de 3 milligr. 5 pour 100 cmc de sang, 44 pour 100 des cas d'eczéma ont dépassé ce chiffre. Dans certains cas, on note jusqu'à 5,5 et 6 milligr.

Dans le psoriasis, l'acné rosacée, les autres dermatoses, le taux de l'acide urique fut notablement moins élevé.

Il est difficile d'admettre que cette uricémie est une simple coïncidence ; les auteurs estiment qu'il y a entre les deux phénomènes une relation de cause à effet.

En soumettant les malades à un régime approprié, exempt de purines, on a pu obtenir la guérison d'un certain nombre de cas d'eczéma, jusque-là rebelles au traitement. R. Burnier.

Wile et Kirchner. *Une nouvelle méthode pour déceler le tréponème dans le liquide céphalo-rachidien.* — W. et K. passent en revue les observations publiées dans la littérature, dans lesquelles les tréponèmes ont pu être décelés dans le liquide céphalo-rachidien. Ces cas sont relativement peu nombreux, en raison de la difficulté de la détermination.

W. et K. ont modifié la méthode d'Alzheimer, qui, pour étudier les cellules du liquide céphalo-rachidien, précipitait les éléments albumineux et organiques par l'alcool à 96° et centrifugeait ensuite. Ils cherchèrent à obtenir un coagulum assez résistant, sans recourir à la centrifugation qui altérait les éléments. Ils s'adressèrent au kaolin et à la crème d'alumine parfaitement neutre.

W. et K. examinèrent par cette méthode 101 cas de syphilis à des phases diverses : syphilis héréditaire, latente, primaire, secondaire, cérébro-spinale, tabes, paralysie générale. Dans 12 cas, la recherche du tréponème dans le liquide céphalo-rachidien fut positive; 7 cas avaient trait à des syphilis précoces ; le chancre existait encore dans tous les cas, et, dans 5, des lésions secondaires étaient apparues ; dans 2 cas, il s'agissait de chancres mixtes. Les 5 autres cas concernaient des malades atteints de syphilis tardive : tabes, périostite, gomme du testicule, syphilis cérébro-spinale, paralysie générale.

Il est à noter que dans 8 cas le Wassermann du liquide céphalo-rachidien s'était montré négatif. On ne peut donc se baser sur une réaction de Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien pour nier l'atteinte par la syphilis de l'axe cérébro-spinal. R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE MÉDECINE

(Paris)

Tome XL, n° 10, 1923.

Léon Blum, E. Vaucher et Karbiener. ***Les méningites à tétragènes.*** — B., V. et K. relatent une observation d'un enfant de 15 ans, qui présenta une infection tétragénique à point de départ inconnu, avec septicémie et méningite à tétragènes, affection qui guérit spontanément, sans laisser de traces apparentes. D'autres complications beaucoup moins sévères apparurent au cours de cette septicémie : c'est d'abord une pleurite sèche de la base gauche, avec douleurs intercostales, un peu de matité, une immobilité du diaphragme gauche et ultérieurement la persistance d'une adhérence dans la région diaphragmatique gauche ; une néphrite, une cystite, toutes deux bénignes et qui guérirent rapidement ; enfin, il est possible, mais non démontré, qu'il y ait eu une localisation cardiaque, s'étant traduite exclusivement par une tachycardie permanente, qui persista pendant plus d'un mois.

A propos de cette observation, les auteurs analysent les quelques cas épars dans la littérature médicale.

Au point de vue clinique, aucun symptôme ne peut faire penser au tétragène, en dehors de la coexistence fréquente de localisations pulmonaires, pleurales et méningées. Le diagnostic est purement bactériologique. Dans quelques cas, on a noté la transformation rapide et spontanée du liquide céphalo-rachidien, ce qui semble indiquer que les méninges parviennent à se débarrasser rapidement de cet agent d'infection.

Le tétragène étant un saprophyte banal, il faut faire des réserves prudentes quand on le rencontre dans une hémoculture ou un liquide céphalo-rachidien.

Pour qu'une observation de septicémie ou de méningite à tétragènes soit valable, il faut : 1° Retrouver le microbe dans l'hémoculture ou le liquide céphalo-rachidien (il est évident d'ailleurs que la présence de tétragènes dans le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien a une grande valeur) ; 2° l'isoler à l'état de pureté dans les métastases qui peuvent survenir ; 3° rechercher dans le sang la présence d'agglutinines, le séro-diagnostic du tétragène pouvant être positif à 1 pour 300, 1 pour 1.000 et même plus.

Ces divers critériums sont indispensables pour pouvoir affirmer que le tétragène isolé est bien l'agent de la maladie.

Le pronostic de ces méningites est sérieux, mais la gravité réside autant et plus dans les autres complications, septicopyohémiques, qui peuvent survenir que dans la méningite en elle-même.

On ne dispose actuellement d'aucun sérum spécifique des infections tétragéniques : quelques auteurs ont employé des autovaccins. L. Rivet.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR D'ALGÉRIE

(Alger)

Tome 1, n° 1, 1923.

A. Catanei. ***Essai critique sur la morphologie des parasites du paludisme.*** — Dans cet important mémoire, après avoir défini les trois types de *Plasmodium* (*præcox*, *vivax* et *malariæ*) admis par la grande majorité des auteurs, C. se livre à l'examen critique des parasites qui ont paru s'écarter des *Plasmodium* classiques, puis à l'étude synthétique des formes parasitaires aberrantes signalées de diverses parts. Il groupe enfin les éléments de son observation personnelle ainsi que les arguments qui permettent d'expliquer en partie les variations morphologiques des *Plamodium* dans l'organisme humain.

Il conclut que les variétés de *Plasmodium* décrites par différents auteurs comme distinctes des types classiques (*Plasmodium* pigmentés et non pigmentés de la fièvre maligne quotidienne de Grassi et Feletti, Marchiafava et Bignami, Mannaberg et Manson, la variété *africana* Ziemann du parasite de la fièvre maligne, *Pl. quotidianum* Craig, *Pl. tenue* Stephens, *Pl. caucasicum* Marzinowsky, *Pl. vivax* variété *minuta* Ahmed Emin) ne constituent pas des espèces ou sous-espèces valables. Elles ne représentent que des modalités morphologiques transitoires des trois types classiques.

La tendance à considérer comme nouvelles, anormales ou atypiques les formes parasitaires dont la structure s'écarte des formes habituellement rencontrées dans le sang des paludéens résulte d'une définition incomplète et d'une interprétation trop absolue des caractères morphologiques des types classiques.

En particulier, les limites de la propriété amiboïde des *Plasmodium*, et surtout de *Pl. præcox*, n'ont pas été, jusqu'ici, exactement établies. L'observation microscopique montre que l'amiboïsme de ce type et celui de *Pl. vivax* sont susceptibles de variations considérables depuis la forme annulaire régulière et quiescente jusqu'aux schizontes à protoplasma d'apparence déchiquetée.

Les variations morphologiques des *Plasmodium* paraissent déterminées par les conditions très souvent différentes, favorables ou défavorables, du milieu dans lequel ils évoluent. La défaillance de l'organisme parasité dans le cas d'accès pernicieux, l'appauvrissement des hématies en hémoglobine, l'absence de traitement par la quinine sont les principaux facteurs qui en provoquent l'apparition.

L. Rivet.

LA CONSULTATION

(Paris)

N° 8, Décembre 1923.

Leroux-Robert. ***Les hydrorrhées nasales : nouvelle classification.*** — La rhino-hydrorrhée, étudiée autrefois comme un phénomène banal *local* et purement nasal, tend aujourd'hui à devenir un syndrome d'ordre *général*, considéré tantôt comme le symptôme objectif d'une insuffisance rénale, vicariant des œdèmes brightiques, tantôt comme un mode de réaction de l'organisme en présence d'un corps étranger.

La classification des hydrorrhées nasales demande donc à être revisée. Depuis longtemps, on écrit qu'il existe, non pas une, mais des hydrorrhées, mais sans faire intervenir dans leur division les réactions de la muqueuse. Leroux-Robert propose une classification nouvelle d'ordre physio-pathologique.

La pituitaire *sécrète* du mucus, *élimine* les sels ou produits retenus en excès dans le sang, *absorbe* les corps étrangers pulvérulents ou liquides déposés à sa surface ou enfin s'en débarrasse par voie *réflexe*. A chacune de ces fonctiosn correspond un groupe de rhino-hydrorrhées.

Rhino-hydrorrhées de sécrétion. — C'est l'hydrorrhée nasale classique, de cause générale, survenant chez les anémiés, débilités, paludiques ou hépatiques. L'écoulement ne se produit pas par crises, cesse en général la nuit, se fait goutte à goutte. Il tache à peine le linge, ressemble à du sérum sanguin. Seul symptôme, il ne s'accompagne ni d'éternuement ni d'obstruction nasale. La muqueuse est pâle, lavée, hyposensible, elle réagit mal aux vaso-constricteurs. C'est un phénomène passif, exagération de la sécrétion normale sous l'influence de la parésie des vaso-constricteurs.

Rhino-hydrorrhées de choc et d'absorption. — C'est la rhinite *spasmodique* périodique (rhume des foins) ou apériodique (rhino-bronchite paroxystique) de cause locale (pollen, farine, poudre de riz), survenant chez les ralentis de la nutrition. La crise se produit brusquement, le jour ou la nuit, est caractérisée par trois symptômes : éternuements opiniâtres, larmoiement, écoulement de liquide aqueux. Elle s'accompagne d'obstruction nasale. La muqueuse, normale entre les crises, est, à leur moment, rouge, turgescente. Elle est hypersensible dans son ensemble ou en des points limités. Il s'agit d'un processus hyperactif.

Les travaux sur l'anaphylaxie et la colloïdoclasie, mais surtout l'étude remarquable de Jacques Lermoyez sur les phénomènes de choc dans le coryza spasmodique, ont bien montré qu'une substance pulvérulente végétale ou minérale, un liquide pénétrant dans l'économie par inhalation, ingestion ou injection, donc *absorbé*, est susceptible d'y déterminer par un phénomène *de choc* une crise hémoclasique dont une des manifestations peut être la rhinorrhée.

Rhino-hydrorrhées d'élimination. — Au cours de l'insuffisance rénale, la rétention dans le sang des chlorures, de l'urée et corps azotés similaires peut se traduire par de l'hydrorrhée ayant même valeur que les œdèmes, vomissements, diarrhée des brightiques. Au stade de *préœdème* correspond une rhinite congestive simple. Au stade d'*œdème*, les corps en rétention cherchent un point faible et c'est très souvent au niveau de la pituitaire qu'ils le trouvent.

Le fait que le rétablissement de la perméabilité nasale supprime la suppléance de l'émonctoire nasal est la preuve qu'il s'agit bien d'une rhinorrhée d'*élimination*.

Rhino-hydrorrhées réflexes. — Le cadre des rhinorrhées réflexes se trouve ainsi très réduit. Deux ordres de réflexes restent à distinguer : 1° le réflexe *à point de départ nasal* et à manifestation nasale, dont le type est la sécrétion nasale accompagnée d'éternuements, consécutive à une irritation nasale et qui comprend toute cause d'excitation nasale (zone d'hyperesthésie, hypertrophie des cornets, crête de la cloison, polypes) ; 2° le réflexe *à point de départ extranasal* et à manifestation nasale (troubles des appareils génital, digestif, etc...).

En terminant, Leroux-Robert regrette que, comme pour les autres liquides pathologiques de l'organisme, l'examen clinique (physique, chimique, histologique, bactériologique) des liquides pouvant s'écouler par le nez (mucus, larmes, sérum, liquide céphalo-rachidien) et dont il donne les caractères distinctifs soit habituellement négligé.

J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(Lausanne-Genève)

Tome XLIII, n° 12, Décembre 1923.

L. Exchaquet. ***La sous-alimentation des nourrissons bien portants et ses dangers.*** — La suralimentation au sein n'expose qu'à des troubles digestifs rares et peu graves, avec parfois obésité et tendance à l'eczéma chez des prédisposés. Par contre, la suralimentation à l'allaitement artificiel occasionne fréquemment des troubles digestifs graves ; ceci tient à ce que l'alimentation artificielle donne au nourrisson un aliment non spécifique. On pourrait en conclure, un peu paradoxalement, que tout enfant alimenté artificiellement est un suralimenté, car on donne toujours trop d'un aliment qui n'est pas parfaitement bon. Cette crainte de la suralimentation et de ses méfaits a trop souvent conduit à la sous-alimentation.

Pour les *nourrissons au sein*, la sous-alimentation par prescription médicale n'est pas une rareté. Elle tient souvent à des tétées trop courtes. Or, en privant le nourrisson de la fin de la tétée, on le prive du lait le plus riche en graisse ; en outre, pour que la sécrétion lactée soit entretenue, il faut que les seins soient vidés à fond, sinon la lactation diminue. Mais la cause la plus fréquente de la sous-alimentation au sein est une insuffisance méconnue de la sécrétion lactée. Pour l'apprécier, les analyses qualitatives des laits de nourrices donnent des résultats peu utilisables, et le seul critère de la qualité du lait est le développement du nourrisson. Pour la quantité de lait fournie par la nourrice, on ne peut s'en rendre compte que par les pesées du nourrisson.

Dans l'*alimentation artificielle*, on trouve des

exemples encore beaucoup plus nombreux de sous-alimentation par ordre médical.

Cliniquement, la sous-alimentation se traduit d'abord par de la constipation, provenant simplement du manque de résidu alimentaire, puis par la diminution de l'augmentation pondérale ou la baisse de poids. par diminution du pannicule adipeux. Celui-ci disparait d'abord de l'abdomen (1er degré de l'hypothrepsie), puis du reste du corps (2e degré), et enfin de la figure (3e degré ou athrepsie) (Marfan). A ces troubles, on peut voir se surajouter : de la diarrhée; des vomissements de famine (Variot); des signes nerveux variables, apathie, somnolence, ou au contraire insomnie, agitation, cris perpétuels; on note une tendance à l'hypothermie, avec déséquilibre thermique, un pouls petit, de l'anémie. L'enfant finit par devenir un hypothrepsique vrai, un athrepsique vrai.

Le *diagnostic* repose sur l'anamnèse, 3 jours de pesées avant et après tétées chez le nourrisson au sein, enfin l'épreuve alimentaire, qui vient rapidement à bout des divers troubles dus à la seule sous-alimentation.

Le traitement préventif de la sous-alimentation consiste à donner au nourrisson une ration alimentaire suffisante. Pour l'alimentation au sein, E. conseille spécialement la formule d'Apert :

$$\frac{P}{10} + 200 \text{ gr.}$$

Pour le nourrisson au biberon, il n'existe pas de schéma s'appliquant à tous les cas et chaque cas doit être étudié individuellement. Pour le traitement curatif, le traitement symptomatique serait funeste. Il faut uniquement avoir recours au traitement alimentaire, qui consiste à donner une ration suffisante, grâce à laquelle tous les troubles disparaissent rapidement.

Le *pronostic* de ces états est bon, sauf dans les cas de dénutrition grave avec athrepsie, ce qu'on peut apprécier, avec Marfan, par le procédé du pli cutané, en rapport avec l'épaisseur du pannicule adipeux.

L. Rivet.

LA PEDIATRIA

(Naples)

Tome XXXI, fasc. 24, 15 Décembre 1923.

V. Castana (de Rome). ***Une forme anormale de maladie de Raynaud chez un nourrisson.*** — La maladie de Raynaud s'observe plus fréquemment chez les enfants que ne l'admettent les traités classiques. 14 pour 100 des cas de Morgan ont été observés chez des enfants de 2 ans 1/2 à 5 ans. Sommelet dans sa thèse de Paris (Juillet 1915) en a réuni 12 observations et Tridon 39 cas de 10 jours à 15 ans. Chez les nourrissons de moins de 6 mois, la maladie de Raynaud est tout à fait exceptionnelle.

Le cas publié par C. a trait à un nourrisson venu au monde avec des troubles vaso-moteurs graves et une cyanose généralisée intense ayant persisté environ une semaine, en même temps qu'on notait une hémorragie ombilicale. A la fin du 1er mois, les doigts de la main gauche commencèrent à devenir froids de temps à autre et les ongles cyanotiques; puis les orteils gauches furent atteints à leur tour. Au 4e mois, chute de l'ongle du pouce; au 9e mois chute de l'ongle du médius. Ultérieurement, cyanose des deux premières phalanges de l'index et du médius, suivie de gangrène et de momification, puis le processus de nécrose envahit les autres doigts, atteignant successivement les articulations métacarpo-phalangiennes, le métacarpe, le carpe, l'avant-bras. Au pied gauche, la gangrène entraîne la chute du 2e orteil et de la pointe du 3e.

Cette observation présente comme particularité le manque de symétrie des lésions, car le côté droit est demeuré indemne. Suivant Oppenheim, la diffusion asymétrique ou unilatérale de la nécrose est exceptionnelle dans la maladie de Raynaud. Il convient également de noter la sévérité du cas plus accentuée encore que dans celui présenté en 1912 à la Société de pédiatrie de Paris, par Variot et Morancé. Chez le nourrisson de C., la mutilation atteint le tiers inférieur de l'avant-bras gauche.

Comme dans beaucoup d'autres cas, l'étiologie est demeurée inconnue. La R. W. pratiquée sur le sang et sur le liquide céphalo-rachidien fut négative, de même que la R. W. des parents. La cuti-réaction à la tuberculine fut également négative.

G. Schreiber.

VIRCHOW'S ARCHIV für PATHOLOGISCHE ANATOMIE und für KLINISCHE MEDIZIN

(Berlin)

Tome CCXLVII, fasc. 2, 1923.

R. Geigel. ***Le refroidissement.*** — G. résume l'historique des conceptions médicales sur le refroidissement. Déjà Plutarque et Hippocrate considéraient le refroidissement comme une cause fréquente d'états morbides très variables; cette conception s'est maintenue dans le peuple jusqu'à nos jours. L'importance du refroidissement comme facteur étiologique a été singulièrement amoindrie par les découvertes de l'ère bactériologique : on s'est rendu compte que presque toutes les maladies, attribuées jadis au refroidissement, sont en réalité des maladies infectieuses. Malgré tout, le rôle du refroidissement ne peut être complètement éliminé; on lui attribue plus une action directe, mais on admet qu'il agit indirectement, soit en abaissant les forces de résistance de l'organisme, soit en stimulant la virulence de certains microbes hébergés jusqu'à ce moment comme saprophytes inoffensifs (pneumocoques, staphylocoques, streptocoques, etc.). Poundorf a voulu donner à cette action indirecte du refroidissement une base anatomique, en prétendant que les cellules malpighiennes produisent normalement des anticorps; dès qu'il y a refroidissement, cette production des anticorps est entravée, et les microbes peuvent alors déployer leur action nocive.

P. Masson.

E. J. Kraus. ***Contribution à la pathologie des cellules basophiles de l'hypophyse.*** — Au cours de la maladie de Basedow, K. a observé une diminution sensible de l'hypophyse. Les cellules éosinophiles sont en nombre très diminué, leur taille est amoindrie; elles présentent souvent des noyaux pycnotiques. Les cellules basophiles ne sont pas raréfiées, mais montrent des altérations régressives manifestes : pycnose, disparition des granulations, liquéfaction et désintégration complète du cytoplasme. Dans la maladie d'Addison on observe des altérations tout à fait semblables avec la seule différence que les cellules principales sont beaucoup plus nombreuses; le poids total de l'organe ne subit en conséquence aucune restriction. K. considère ces lésions de l'hypophyse comme secondaires et n'admet pas qu'on attribue la maladie de Basedow à une insuffisance hypophysaire comme l'a fait Salmon.

P. Masson.

ARCHIV für EXPERIMENTELLE PATHOLOGIE und PHARMAKOLOGIE

(Leipzig)

Tome C, fasc. 1-2, Novembre 1923.

K. Fromherz. ***De l'action des extraits hypophysaires sur le fonctionnement des reins.*** — Indépendamment de l'espèce animale, du mode d'alimentation, de la narcose et du mode d'injection, l'action de l'extrait hypophysaire présente 2 phases : au cours de la 1re, la diurèse est entravée, tandis que la 2e est une phase « diurétique ».

Quelle que soit la teneur de la nourriture en chlorure de sodium, l'extrait hypophysaire provoque toujours une augmentation notable de la valeur, absolue et relative, du chlorure de sodium éliminé, augmentation qui est particulièrement accentuée dans les cas d'alimentation déchlorurée. Il y a là un contraste frappant avec le pouvoir que possède le rein normal de protéger l'organisme soumis au régime déchloruré contre la déperdition de chlorure de sodium.

A ces phénomènes correspond une diminution de la teneur du sang en chlorure de sodium.

L'action de l'extrait hypophysaire doit être considérée comme purement rénale. Elle semble s'expliquer par un empêchement de la résorption du chlorure de sodium par l'épithélium des canalicules du rein, c'est-à-dire par la perte d'une perméabilité physiologique, sans que l'on puisse préjuger dans quelle mesure participent à ce phénomène les terminaisons d'un appareil nerveux autonome.

L. Cheinisse.

MONATSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

(Leipzig)

Tome XXVII, fasc. 3, Décembre 1923.

Paul Brandt (de Barmen). ***Le sort des prématurés.*** — Retenant comme prématurés les enfants dont le poids à la naissance est inférieur à 2.500 gr. et la taille à 46 cm., B. a pu réunir 292 observations recueillies en 12 ans (de 1907 à 1912) à l'hôpital de nourrissons de Barmen. La cause de la prématurité n'a malheureusement pu être établie que dans un petit nombre de cas.

Le sort de 262 enfants a pu être précisé au bout d'un an et de la sorte on a pu constater que 111 nourrissons ont succombé au cours de la première année, soit 42,3 pour 100 de décès se répartissant ainsi : 35 décès de 1 à 10 jours (31,6 pour 100), 17 de 11 à 30 jours (15,3 pour 100), 25 au cours des 2e et 3e mois (22,5 pour 100), 23 du 4e au 6e mois (20,7 pour 100) et 11 du 7e au 12e (9,9 pour 100).

L'enquête, d'autre part, a montré d'une façon générale un retard plus ou moins marqué du développement chez les survivants. Sur 53 enfants ayant atteint l'âge de 6 ans, 9, soit 17 pour 100, furent ajournés un an pour l'admission scolaire par suite de faiblesse de constitution.

La plupart des enfants ont présenté des symptômes de rachitisme et 20 sur 72 ayant pu être revus étaient des rachitiques avec déformations accentuées, soit 27,7 pour 100. La maladie de Little a été constatée chez 3 enfants dont 2 jumeaux. Un degré plus ou moins marqué de nervosisme a été relevé chez 36 enfants sur les 72, soit dans la moitié des cas.

Au point de vue du développement intellectuel des 72 enfants revus, on nota 8 plus avancés que la normale, 47 normaux, 9 médiocres, 4 psychopathes, 6 arriérés.

Parmi les survivants, le plus petit pesait à la naissance 1.150 gr., mesurait 42 cm. et présentait une température interne de 28°5. Son sort n'a pas été brillant, d'ailleurs, car il s'agit d'un arriéré revu à l'âge de 7 ans.

L'avenir des prématurés d'après cette enquête est assez sombre. Cependant B. considère les résultats obtenus comme supérieurs encore à ceux communiqués par d'autres auteurs et il les attribue aux bons soins dont les enfants ont été entourés. Il a utilisé notamment « une chambre spéciale de prématurés », chambre dont la température est maintenue d'une façon constante à 24° et dans laquelle ne pénètrent que le médecin et l'infirmière. Les tout petits sont en outre enveloppés dans du coton.

Comme nourriture, B. a utilisé pendant les premières semaines du lait de femme, puis du lait albumineux, du babeurre et plus tard du lait de vache. De l'huile de foie de morue phosphorée fut administrée aux enfants à partir du 2e mois à titre préventif.

G. Schreiber.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(Leipzig)

Tome XXXIX, fasc. 3, Décembre 1923.

J. W. Samson (de Berlin). ***De l'influence de la syphilis sur l'évolution et l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.*** — Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la question de l'influence exercée par la syphilis sur la tuberculose pulmonaire : alors que les uns voient dans la syphilis acquise par un tuberculeux un élément favorable pour le pronostic de la tuberculose (Rindfleisch, Chiari, Fabry, etc.), d'autres, au contraire, la considèrent comme une circonstance aggravant ce pronostic (Fournier, Schlesinger, Jacquinet, Penzoldt, etc.).

Se basant sur des recherches personnelles portant, dans l'ensemble, sur plus de 1.300 filles publiques de Berlin, S. arrive aux conclusions suivantes :

Il n'est pas possible de dégager une règle uniforme relative à l'influence sur la tuberculose pulmonaire d'une infection syphilitique, que celle-ci soit antérieure ou postérieure aux manifestations tuberculeuses : mais, d'une manière très générale, on doit considérer que l'association des deux maladies tend à aggraver le pronostic de la tuberculose. En influençant les accidents syphilitiques, le traitement spécifique s'oppose aussi à l'aggravation de la tuberculose.

Jamais la tuberculose ne se trouve influencée favorablement par une infection syphilitique, à quelque

moment que celle-ci survienne. Si, chez un certain nombre de tuberculeux, malgré la présence de facteurs apparemment graves (processus en pleine activité, bacilles dans les crachats, réaction de Wassermann positive, jeune âge, etc.), on ne remarque aucune influence défavorable de la syphilis sur la tuberculose, il est d'autres cas où cette influence se fait sentir avec plus ou moins d'intensité.

Les tuberculoses qui se manifestent relativement longtemps après l'infection syphilitique ne paraissent pas influencées défavorablement par la syphilis latente tardive.

Les phases plus précoces de la syphilis (tuberculose éclose relativement peu après l'infection syphilitique) semblent exercer plus fréquemment une influence défavorable sur le processus tuberculeux, surtout lorsqu'il s'agit de sujets très jeunes.

Les formes tardives de tuberculose pulmonaire latente ou stationnaire se laissent d'autant moins influencer par une syphilis intercurrente qu'elles présentent depuis plus longtemps ce caractère latent ou stationnaire.

Une syphilis acquise peu de temps après éclosion de manifestations tuberculeuses actives influence défavorablement l'évolution de la tuberculose, surtout si celle-ci a par elle-même des tendances progressives. L. Cheinisse.

F. von Kovats (de Szeged, Hongrie). *Les troubles fonctionnels de la miction d'origine tuberculeuse.* — Les troubles de la miction d'origine tuberculeuse peuvent être groupés en 3 catégories : 1° la pollakiurie, 2° l'incontinence nocturne et 3° l'incontinence diurne.

La pollakiurie constitue, d'ailleurs, le véritable fond des formes classées dans les 2 autres rubriques. Elle est un signe précoce, parfois même le premier signe de l'infection tuberculeuse. Elle subit des exacerbations à l'occasion de refroidissements ou pendant la saison froide.

Sur 51 cas d'incontinence nocturne, d'origine tuberculeuse, von K. a noté 45 fois l'existence de la tuberculose chez les parents ou chez les collatéraux. L'infection a dû, par conséquent, être précoce. Les malades de cette catégorie présentent, pendant la journée, de la pollakiurie.

Particulièrement fréquente chez les enfants en bas âge, l'incontinence nocturne peut s'améliorer vers l'âge de 8 à 10 ans, ce qui tient simplement à un sommeil moins profond, car la pollakiurie subsiste en pareil cas, sans être modifiée.

Qu'elle soit nocturne ou diurne, l'incontinence d'urine se trouve, d'après von K., sous la dépendance du système endocrinien, ce qui se comprend, étant donné les rapports des nerfs de la vessie avec le ganglion cœliaque, qui à son tour est relié au système endocrinien.

Comme les malades dont von K. rapporte les observations appartenaient, pour la plupart, aux classes pauvres de la population, une cure hygiéno-diététique était à peu près complètement irréalisable. Le traitement fut purement spécifique. On commençait généralement par les « corps immunisants » de Spengler ; toutefois, dans les cas invétérés qui ne réagissent guère à ce moyen, on avait recours à la tuberculine ancienne.

Dernièrement, von K. a traité 10 cas par la méthode de Ponndorf (voir *La Presse Médicale,* 7 Avril 1923, p. 325) et en a obtenu de très bons résultats. L. Cheinisse.

THE LANCET

(Londres)

Tome CCV, n° 5226, 27 Octobre 1923.

J. W. Russell. *Deux cas d'œdème unilatéral avec albuminurie.* — R. rapporte l'observation d'une femme de 40 ans, qui présente depuis 6 ans un œdème localisé au pied gauche, surtout marqué en été, avec insuffisance mitrale et légère albuminurie; pas de varices, aucune cause locale expliquant cet œdème.

L'autre observation concerne une jeune fille de 19 ans, présentant depuis 9 ans, et surtout en été, un œdème prononcé du pied gauche. Au repos, au lit, elle n'a que des traces d'albumine; cette albumine n'est pas augmentée par une lordose provoquée artificiellement dans le lit, mais elle s'accroît beaucoup après une station debout prolongée; en outre, si la malade se tient debout, penchée vers la droite, pendant quelques minutes, les urines ne contiennent que peu d'albumine, tandis que si elle se tient debout penchée vers la gauche, elles en renferment une quantité énorme. L'examen clinique et la radiographie montrent une incurvation vertébrale, avec convexité lombaire gauche.

Quoique l'auteur n'ait pu en donner la démonstration par le cathétérisme urétéral (ce qui a été fait une fois par Vorpahl), il pense que l'un des deux reins seulement donne de l'albumine, et probablement le rein gauche, à cause de l'œdème du pied gauche.

Une explication ingénieuse de ces faits pathologiques est fournie par la notion d'une anomalie observée par Brash : il existe fréquemment une petite veine, reliquat embryonnaire, qui réunit la veine iliaque gauche à la veine rénale gauche; cette veine est parfois assez grosse, et le calibre de la portion inférieure de la veine cave inférieure est alors notablement réduit. Le sang du membre inférieur gauche remonte par cette veine anormale et passe dans la veine rénale gauche avant de rejoindre la veine cave. Si les conditions circulatoires sont défectueuses, en particulier du fait d'une incurvation vertébrale, il y aura donc en même temps œdème du membre inférieur gauche et albuminurie provenant sans doute du rein gauche.

Mais il est difficile d'expliquer pourquoi l'œdème du pied est plus accentué lors des chaleurs. J. Rouillard.

N° 5232, 8 Décembre 1923.

G. A. Sutherland. *Quelques indications de la digitale.* — La digitale n'est pas un toni-cardiaque qui augmente la tonicité ou la contractilité du cœur; ni la digitale, ni aucun médicament ne possède cette propriété, et la digitale n'a sans doute aucune action sur le myocarde. Mais elle stimule le vague, nerf de contrôle du cœur, par une action élective sur le centre vago-cardiaque ; elle provoque ainsi l'inhibition des faisceaux musculaires supra-ventriculaires, la diminution du nombre des impulsions provenant du nœud sino-auriculaire, régulateur du cœur, et le ralentissement de la transmission de ces impulsions à travers les faisceaux conducteurs si bien que l'intervalle *av* est allongé. Ainsi le rythme ventriculaire se trouve ralenti, et d'autant plus que la tachycardie était plus marquée.

L'indication essentielle de la digitale est donc un rythme anormalement rapide des ventricules.

Il faut recourir aux grosses doses; le vague doit être violemment éteint par la digitale pour que l'action sur le nodule sino-auriculaire soit complète.

Dans certains cas, si le ventricule bat vite, c'est parce qu'il y a fibrillation auriculaire ; ici encore, la digitale, en excitant le vague, agit sur le nœud de Tawara et sur le faisceau de His, diminue la conductibilité de ces fibres et provoque le ralentissement des battements ventriculaires.

Dans la thérapeutique des cardiopathies, la digitale ne tire pas ses indications de la nature même de la lésion, mais du fait que les ventricules battent trop vite, et qu'il y a des signes de défaillance cardiaque, dyspnée, œdème des membres inférieurs, congestion du foie, du rein et du poumon. Elle est particulièrement indiquée dans la fibrillation auriculaire au cours d'une cardiopathie rhumatismale. Elle est sans action sur certaines autres tachycardies : tachycardie paroxystique, défaillance cardiaque des alcooliques, tachycardie de la maladie de Basedow, au moins à la période d'intoxication thyroïdienne, dans les affections fébriles, dans les infections aiguës.

Elle rend des services quand les modifications du rythme sont d'origine intracardiaque, mais non quand elles sont dues à quelque altération sanguine ou à un trouble nerveux. J. Rouillard.

Martin O. Raven. *Cardiopathies rhumatismales.* — L'infection rhumatismale, qui cause des troubles morbides très variés, est plus fréquente qu'on ne le pense : une statistique récente, ayant trait à des enfants assistés, donne une proportion de 996 cas de rhumatisme, chorée et cardiopathies, pour 1.401 cas d'affections tuberculeuses.

Malgré les travaux de Poynton et Paine, nous ne connaissons pas encore l'agent pathogène; Horder note que les végétations d'endocardite rhumatismale ne contiennent pas de germes, que les hémocultures sont négatives. En outre, les coupes de valvules frappées d'endocardite montrent un dépôt fibrineux, une prolifération fibroplastique, des nodules d'Aschoff dans le myocarde, toutes lésions qui diffèrent considérablement des infiltrations de polynucléaires qu'on voit dans les endocardites infectieuses.

Si le rhumatisme articulaire aigu semble bien être une infection, rien ne prouve qu'elle soit bactérienne ; peut-être y a-t-il une endotoxine sécrétée par un germe qui se développe ailleurs que dans les valvules, ou s'agit-il d'un virus filtrant.

On peut se demander si l'infection rhumatismale n'est pas contagieuse.

L'enfant qui a fait une crise de rhumatisme articulaire doit être gardé en observation et au repos pendant plusieurs années. R. partage sur ce point l'opinion de St. Lawrence qui prescrit un repos prolongé, et qui pratique en outre l'amygdalectomie pour prévenir les rechutes.

D'autre part, si le malade a fait une complication cardiaque, il est très difficile de dire quand il est guéri. Aux autopsies de sujets morts de cardiopathie chronique, à quelque âge que ce soit, on observe fréquemment des lésions d'endocardite récente, dues pour les uns à une réinfection banale, pour d'autres au réveil du germe de l'infection initiale. Cliniquement, si l'on voit persister la fièvre, la pâleur, la tachycardie, si l'on constate des modifications à l'auscultation du cœur, on peut penser que l'infection n'est pas éteinte.

R. conseille donc aux enfants atteints de cardiopathie rhumatismale une cure de repos prolongée, qui peut d'ailleurs être pratiquée au bord de la mer ; il conseille le régime lacté prolongé, le salicylate de soude et l'arsenic. J. Rouillard.

Tome CCVI, n° 5236, 5 Janvier 1924.

Kenneth M. Walker. *La sécrétion interne du testicule.* — Les nombreux travaux consacrés à cette question depuis Brown-Séquard ont pris une nouvelle importance avec les tentatives de Steinach et de Voronoff. On connaît l'influence de l'ablation des glandes génitales sur les caractères sexuels et sur la croissance de l'individu, sur son métabolisme et son psychisme; ces effets varient selon l'âge où la castration est faite. Mais il faut bien noter qu'après la castration, même précoce, un sujet mâle et un sujet femelle ne deviennent pas identiques; si l'influence dirigeante d'une hormone testiculaire ou ovarienne fait défaut, les tissus ne se développent pas moins suivant le type originel. On voit chez des papillons les larves jeunes, privées de leurs glandes sexuelles, présenter ultérieurement les caractères sexuels du mâle ou de la femelle ; bien plus, des larves mâles à qui on greffe des ovaires acquièrent l'aspect des mâles. En contradiction avec ces faits, Voronoff, greffant un testicule sur une chèvre ovariectomisée, voit se développer chez elle des cornes analogues à celles des mâles.

L'action de l'hormone sexuelle n'est pas simple ; le développement des caractères sexuels secondaires ne dérive pas uniquement de l'action des hormones sexuelles, mais aussi de celle des autres glandes endocrines (hypophyse et surrénales). Les tissus jouent un rôle qui n'est pas exclusivement passif, car l'empreinte du sexe a été posée sur eux dès l'origine.

Un fait curieux est le gynandromorphisme latéral : un être possède à droite, par exemple, des caractères sexuels masculins, et à gauche des caractères féminins. Ce fait est assez fréquent chez les insectes, rare chez les vertébrés ; on l'a vu cependant chez des oiseaux qui possèdent alors d'un côté un testicule, de l'autre un ovaire.

W. rappelle les travaux d'Ancel et Bouin sur la glande interstitielle du testicule, origine de la sécrétion interne. Cette conception, longtemps admise, est aujourd'hui critiquée, et beaucoup d'auteurs font dériver cette sécrétion interne des tubes séminifères. De fait, ceux-ci sont d'origine ectodermique comme la plupart des glandes endocrines, tandis que les cellules interstitielles sont mésodermiques. Il faut tenir compte des faits suivants : s'il n'y a pas spermatogenèse dans les tubes séminifères des cryptorchides, du moins les testicules contiennent des cellules germinatives aussi bien que des cellules interstitielles. La ligature du canal déférent produit une régression, plutôt qu'une destruction des cellules des tubes, et les cellules de Sertoli subsistent. Dans certaines espèces animales inférieures, il n'y a rien qui ressemble aux cellules interstitielles. Enfin Voronoff et Retterer ont montré qu'une greffe testiculaire comprend uniquement des cellules dérivées des tubes ; cependant elle entretient chez l'animal les caractères masculins. En outre, chez les animaux à activité génitale saisonnière, il y a, pendant les repos, de

nombreuses cellules interstitielles qui disparaissent au début des périodes d'activité.

Les cellules interstitielles seraient seulement des cellules trophiques qui captent des substances nutritives dans le sang et les font passer dans les tubes.

Si l'on étudie le testicule humain aux différents âges, on voit qu'à la naissance, il renferme de très nombreuses cellules interstitielles, bourrées de granulations; à 4 mois, celles-ci sont moins abondantes et les tubes séminifères s'accroissent; à la puberté, nouvelle augmentation des cellules interstitielles, puis développement des tubes.

Ainsi, chez les animaux à activité sexuelle périodique, chaque période est précédée d'une multiplication des cellules interstitielles; chez l'homme, cette multiplication se fait à la naissance et à la puberté.

La section du canal déférent est suivie d'une régression des tubes et d'une augmentation des cellules interstitielles: l'opération de Steinach semble peu justifiée. Quant à l'opothérapie ou à la greffe testiculaire, elle ne peut être efficace dans les cas d'eunuchoïdisme où il y a déficience de toutes les glandes endocrines. J. Rouillard.

N° 5237, 12 Janvier 1924.

Altounyan. *Les séro-diagnostics en Syrie.* — A. a pratiqué des examens sérologiques concernant la syphilis, la tuberculose, la dysenterie, la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique chez 2.868 Syriens.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive chez 13,5 pour 100 des sujets, ce qui donne un pourcentage de syphilis actives comparable à celui qu'on observe en Amérique, en Grande-Bretagne ou en France.

Sur 135 malades atteints de paludisme chronique, 11 pour 100 ont un Wassermann positif; sur 21 cas de paludisme aigu, 10 pour 100 ont un Wassermann positif: on peut admettre que le paludisme n'a pas d'action appréciable sur la réaction de Wassermann. Le paludisme aigu augmente le pouvoir anticomplémentaire du sérum.

En ce qui concerne la sigma-réaction de Dreyer-Ward, elle paraît très satisfaisante, de technique simple, mais de lecture délicate.

Pour la tuberculose, A. a étudié 500 cas, en utilisant l'antigène de Besredka. Il est impossible de dire par l'examen d'un cas particulier s'il y aura dans le sang des anticorps en quantité abondante ou faible; en général, la réaction est forte dans les tuberculoses au début, et faible à la période terminale, mais il y a des exceptions.

Pour la dysenterie, les réactions d'agglutination avec les cultures du groupe Shiga-Flexner sont intéressantes en ce qu'elles aident à déterminer le type d'infection le plus répandu parmi la population; elles permettent de réaliser une vaccinothérapie spécifique, et aident au diagnostic des dysenteries chroniques.

Pour la fièvre typhoïde, qui est endémique en Syrie, les réactions d agglutination sont très importantes pour le diagnostic après le 8e jour. Pour toute affection d'allure typhoïde, on pratiquera les séro-réactions avec l'Eberth, les para, les bacilles de Gaertner et d'Aertryke.

Quant au diagnostic du typhus exanthématique, sur 57 malades chez qui l'on a pratiqué la réaction de Weil-Félix, 3 seulement ont donné un résultat négatif. L'agglutination varie, suivant les cas, de 1/50 à 1/5000; la réaction positive la plus précoce a été vue 5 jours, la plus tardive 28 jours après le début de la maladie. Cette réaction est négative chez les typhiques. J. Rouillard.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (*Londres*)

N° 3282, 24 Novembre 1923.

J. Hay. *L'angine de poitrine; quelques points intéressants du pronostic.* — La douleur angineuse résulte de deux éléments: excitations provenant du cœur et de l'aorte, sensibilité des centres nerveux récepteurs. Le pronostic se base sur ces deux éléments, et aussi sur l'état de l'aorte, des artères et du myocarde.

En ce qui concerne la mort de ces malades, beaucoup succombent en dehors de toute crise angineuse (65 pour 100 d'après la statistique de H.). Quelques-uns meurent subitement la nuit, sans accidents dramatiques, peut-être de fibrillation ventriculaire qui est indépendante de leur angine; d'autres meurent d'insuffisance cardiaque progressive, ou d'hémorragie cérébrale, ou d'affections intercurrentes.

La notion d'hypertension artérielle ne renseigne guère pour le pronostic; si l'on peut abaisser la tension des malades, leurs symptômes subjectifs s'améliorent, mais il ne semble pas que le temps de survie après la première crise angineuse soit plus court chez les sujets hypertendus que chez les autres.

Une notion plus importante est celle de l'état du myocarde, tel qu'on peut le déceler par l'électrocardiogramme. Willius a déjà montré que les sujets angineux qui présentent soit une inversion du soulèvement T, soit un élargissement du complexe Q R S sont exposés à la mort à bref délai; il pense que ces modifications sont en rapport avec des altérations des vaisseaux du myocarde. Les observations de H. confirment cette opinion.

Quant aux petites angines de poitrine, il faut bien en reconnaître la valeur. Souvent les malades qui font une crise de grande angine ont présenté antérieurement des douleurs rétro-sternales, consécutives à un effort, à une excitation; ou bien, les premières manifestations douloureuses ont une localisation anormale, au niveau du corps thyroïde, aux côtés de la trachée, à l'épigastre (et on fait alors le diagnostic d'indigestion); presque toujours ces douleurs s'accompagnent d une angoisse marquée; elles irradient vers la peau, le cou, le dos, l'une des épaules, le coude ou le poignet gauche. Douleurs et irradiations sont généralement consécutives à un effort; elles persistent si le malade prolonge cet effort, et cessent avec le repos complet. J. Rouillard.

N° 3286, 22 Décembre 1923.

J. A. Mac William. *La pression artérielle et le fonctionnement cardiaque au cours du sommeil et des rêves.* — Au cours du sommeil normal, le pouls et la respiration se ralentissent, la température diminue, l'activité du métabolisme se réduit, les réflexes sont plus faibles, la pression artérielle s'abaisse de 15 à 30 mm., parfois même de 45 mm. chez des hypertendus; la vascularisation cérébrale est moins active, comme le prouvent des observations qui ont pu être faites directement sur l'encéphale.

Mais alors pourquoi l'hémorragie cérébrale survient-elle la nuit, au cours du sommeil, puisque la tension artérielle est abaissée, et la circulation cérébrale réduite? Pourquoi les douleurs angineuses, alors que le malade ne fait aucun effort? Pourquoi la mort subite, qui est due généralement à la fibrillation ventriculaire, alors qu'il est au repos? C'est qu'il y a deux sortes de sommeil, le sommeil naturel, calme, caractérisé par les phénomènes décrits plus haut, et le sommeil pathologique, modifié par des excitations réflexes, des rêves, des cauchemars, accompagné de troubles respiratoires et circulatoires.

En ce qui concerne ces troubles du sommeil, tantôt le malade n'en a nullement conscience, quoique, en l'observant, on constate qu'il fait des mouvements de la face et des membres, qu'il parle ou qu'il crie; tantôt il a seulement la conscience d'un sommeil anormal; tantôt il garde le souvenir plus ou moins précis de ses rêves. Au cours d'un sommeil pathologique, et lorsqu'il s'éveille, le malade présente des troubles variés, accélération du cœur, élévation de la tension artérielle, accélération ou irrégularité de la respiration, sueurs, tremblements, contractions musculaires.

D'autre part, au cours du sommeil pathologique, des excitations venues des viscères, qui auraient passé inaperçues en état de veille, déterminent des réactions violentes.

Ainsi donc un malade qui a des altérations vasculaires (artérite cérébrale, tuberculose pulmonaire ulcéreuse, ulcérations du tube digestif), ou qui a des lésions myocardiques le prédisposant à la fibrillation ventriculaire, est apte à faire pendant un sommeil troublé, du fait des rêves ou des émotions, des accidents graves, hémorragies, crises angineuses, fibrillation ventriculaire entraînant la mort subite.

Il ne faut donc pas considérer la nuit comme étant exclusivement une période de repos pour le corps et l'esprit. J. Rouillard.

Mac Cormack et E. C. Dodds. *Recherches concernant l'influence du traitement arsénobenzolique sur les fonctions du foie.* — M. C. et D. admettent qu'il faut faire chez les syphilitiques une série initiale de 10 injections, au total 8 gr. 7 de novarsénobenzol. Cette dose est-elle dangereuse pour le foie?

Ils explorent le fonctionnement hépatique par deux procédés: 1° Recherche des pigments biliaires, de l'urobiline et de l'urobilinogène, en admettant que l'urobilinurie est un indice de l'insuffisance hépatique, par défaut de transformation de l'urobilinogène en pigments biliaires. — 2° Dosage de la lipase sanguine; ce test est basé sur les observations de Whipple, qui a montré qu'après l'empoisonnement par le chloroforme, la teneur du sérum en lipase s'accroît, et que cet accroissement ne se produit pas si le foie a été mis « hors de la circulation ».

Ces explorations furent faites chez 57 syphilitiques, après traitement par l'arsénobenzol et à des intervalles variables (quelques jours à 4 ans) après la fin du traitement. Or 52 d'entre eux avaient un fonctionnement hépatique normal. Cinq malades firent une dermatite arsenicale, pour des doses variant de 1 gr. 5 à 7 gr. 8; un seul présenta de l'insuffisance hépatique. Cinq autres firent de l'ictère.

M. C. et D. discutent la pathogénie de l'ictère chez les syphilitiques traités par le novarsénobenzol. L'ictère et même l'ictère grave ont été vus au cours de la syphilis, avant la découverte de l'arsénobenzol. D'autre part, on sait que l'arsenic lèse le foie, et peut à lui seul provoquer de l'ictère; il y a eu outre des ictères post-arsénobenzoliques qui surviennent en série. M. C. et D. admettent plutôt l'origine syphilitique de ces ictères, se basant sur la rareté de l'insuffisance hépatique post-arsénobenzolique, et sur ce fait qu'à plusieurs reprises des malades qui sont atteints d'ictère ont un Bordet-Wassermann qui redevient positif après avoir été négatif; cela prouve que la stérilisation a été insuffisante, que certains spirochètes ont survécu, qui se sont fixés dans le foie. J. Rouillard.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (*Chicago*)

Tome XXXII, n° 5, Novembre 1923.

J. A Bargen. *Endocardite infectieuse à streptocoques expérimentale et son traitement arsenical par le cacodylate.* — On sait quel est le déplorable pronostic de l'endocardite lente à streptocoques et quelle est notre impuissance thérapeutique. Le sérum antistreptococcique se montre inefficace; les vaccins n'ont donné un bon résultat que très exceptionnellement. Capps a récemment proposé (voir *La Presse Médicale*, 1923, n° 28, analyses, p. 18) les injections intraveineuses répétées de cacodylate de soude qui lui auraient donné plusieurs succès.

B. s'est donné pour tâche de rechercher d'une part si la reproduction de l'endocardite streptococcique était aisément réalisable, d'autre part si cette endocardite expérimentale se laisse influencer par le traitement cacodylique.

B. a injecté dans les veines du lapin des streptocoques provenant d'hémocultures de malades atteints d'endocardite lente. Il a eu à sa disposition 37 souches de streptocoques, dont 35 de *Str. viridans*, isolées du sang de 44 sujets. Remarquons que B. attribue ce haut pourcentage d'hémocultures positives (84 pour 100) à l'ensemencement en milieu anaérobie (gélose à 0, 8 pour 100 additionnée d'ascite) et à la grosse quantité de sang (35 à 40 cmc) prélevée au moment favorable; les cultures ne se développent parfois que tardivement, demandant à être surveillées pendant une huitaine de jours. Sur 53 lapins injectés avec de grosses doses de culture, 35 présentèrent des lésions d'endocardite, plusieurs n'eurent que de la péricardite. L'étendue de cette endocardite était très variable, allant de quelques rares végétations à de volumineuses productions obturant presque les orifices cardiaques, accompagnées d'ulcérations valvulaires.

Le cacodylate de soude fut administré par voie veineuse, soit avant ou après l'injection microbienne, soit après démonstration de l'infection sanguine par l'hémoculture. Si l'on compare les résultats à ceux qui furent obtenus chez les lapins non traités, il semble bien que le cacodylate a une action favorable sur la guérison des lésions de l'endocarde. Un certain nombre d'animaux échappèrent à la mort. En particulier, les lapins qui reçurent de grosses doses de cacodylate de façon répétée avant l'injection de doses massives de culture survécurent plus longtemps que les témoins. Il se peut que l'influence protectrice du cacodylate soit due à la stimulation qu'il exerce sur les cellules endothéliales des vaisseaux et des sinus sanguins dont le pouvoir phagocytaire est exalté.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

Tome XIV, n° 6, Décembre 1923.

P. Fonteyne et P. Ingelbrecht (de Bruxelles). ***Étude sur la teneur du sang en créatine et en créatinine chez l'homme normal et chez l'homme malade.*** — Si la créatine paraît être une substance utile à l'organisme, dans certaines proportions, la créatinine, au contraire, est exclusivement une substance de déchet que le rein est chargé d'éliminer. En cas d'altération de cet organe, il y a augmentation de la créatininémie. F. et I. ont pratiqué méthodiquement le dosage de la créatine et de la créatinine dans le sang d'une centaine de sujets normaux ou malades afin de fixer leurs rapports biologiques et d'établir la valeur diagnostique et pronostique des chiffres obtenus.

Ils montrent que les lésions graves du rein s'accompagnent souvent d'une forte *créatininémie*; toutefois certains états gastriques peuvent s'accompagner d'une élévation modérée de la créatininémie. Un taux de créatinine dépassant 3,40 comporte un pronostic très mauvais et indique une altération grave des reins; un taux de 2,80 à 3,40 indique une altération des reins et comporte un pronostic réservé; un taux de 2,40 à 2,80 est suspect et se rencontre assez fréquemment chez les gastropathes; un taux de moins de 2,40 n'a aucune signification et n'exclut nullement l'existence d'une néphrite même grave. Dans l'ensemble, l'élévation du taux de la créatinine constitue un signe spécifique des néphrites. Si cette élévation a été trouvée dans diverses autres affections graves (atrophie jaune aiguë du foie, cancer, affections nerveuses), il est vraisemblable qu'il s'est agi alors de malades se trouvant dans un état agonique ou préagonique entraînant une altération fonctionnelle grave des reins. Par contre, la néphrite hydropigène pure ne paraît pas engendrer l'accumulation de la créatinine dans le sang. Chez l'homme normal, la créatininémie moyenne est de 1,75. Le sexe et l'âge paraissent sans influence.

F. et I. étudient ensuite la *créatinémie* : ils montrent que son taux est très variable à l'état normal et subordonné en grande partie à l'alimentation, contrairement à la créatininémie. Les états pathologiques n'exercent par eux-mêmes aucune action spécifique sur la créatinémie, si l'on en excepte les états agoniques et préagoniques. Le sexe n'a pas d'influence; par contre, la créatinémie augmente nettement avec l'âge.

F. et I. étudient ensuite la créatininémie totale, le rapport entre la créatine et la créatinine dans le sang.

En ce qui concerne la valeur pratique du dosage de la créatinine dans le sang des néphrétiques, ils estiment que ce dosage est d'une utilité moins grande que celui de l'urée; il ne fait cependant pas double emploi avec lui et peut le compléter. La créatininémie est beaucoup plus indépendante de l'alimentation que l'urémie. Aussi le dosage de la créatinine peut-il révéler des lésions que le dosage d'urée n'a pas mises en évidence. Le dosage de la créatininémie est surtout important pour le pronostic; il complète à ce point de vue les renseignements souvent insuffisants donnés par le chiffre d'urée, d'autant plus qu'il y a des altérations du rein qui troublent l'élimination de la créatinine avant d'altérer celle de l'urée.

L. Rivet.

René Porak et Phang Missao (de Chang-Haï). — ***Les dysvégétations. Épreuves de l'atropine et de la pilocarpine.*** — Les deux syndromes végétatifs, vagotonie et sympathicotonie, sont surtout basés sur les résultats des épreuves de l'atropine et de la pilocarpine.

P. et M. relatent d'abord diverses observations cliniques : dans les unes, béribéri et lèpre, les troubles portent sur quelques fibrilles des nerfs végétatifs; dans les autres, les lésions d'un métamère déterminé provoquent une irritation du système végétatif de ce métamère, et l'ébranlement peut même dépasser les limites du métamère.

P. et M. rapportent ensuite les expériences qu'ils ont faites pour déterminer l'action de l'atropine et de la pilocarpine suivant divers modes d'introduction.

La conception des hyperfonctions et hypofonctions leur paraît plus critiquable encore en pathologie végétative qu'en pathologie endocrinienne. Le système végétatif s'enchevêtre d'une façon si intime qu'une lésion du sympathique intéresse le plus souvent le parasympathique, D'ailleurs, il y a entre le sympathique et le parasympathique des actions antagonistes qui règlent chaque fonction organique; aussi conçoit-on difficilement une altération de l'un des systèmes sans un certain dérèglement de l'autre. C'est pourquoi la vagotonie et la sympathicotonie sont des syndromes artificiels. La difficulté d'interprétation dans la pathologie viscérale a déterminé P. et M. à étudier les fibres végétatives incluses dans les nerfs périphériques ou les tuniques périvasculaires et à reprendre l'étude expérimentale de l'atropine et de la pilocarpine. Or, ils ont vu que ces agents produisent des effets très différents suivant leur voie d'introduction (voie sanguine, injection intracérébrale, péritoine, plèvres, ingestion).

Ils distinguent quatre types cliniques dans la pathologie du système nerveux végétatif : dysvégétatonies fibrillaires sympathiques et parasympathiques. dysvégétatonie métamérique, dysvégétatonie généralisée.

L. Rivet.

E. Coulaud. *Opothérapie ovarienne et goitre.* — La netteté des liens qui unissent au point de vue physiologique thyroïde et ovaires a conduit depuis longtemps à instituer l'opothérapie ovarienne dans le traitement des affections thyroïdiennes et notamment des goitres. C. relate 100 cas personnels dans lesquels il a traité des goitreux par l'ingestion de 2 cachets de 0 gr. 20 par jour de poudre d'ovaire, soit 0,40, pendant 3 mois consécutifs, la dose étant abaissée à 0,20 au bout de 3 mois; dans aucun cas le traitement ne fut interrompu même une journée. Les résultats furent les suivants : échec complet dans 6 cas; pas de diminution de la circonférence du cou, mais ramollissement très net du goitre dans 9 cas; diminution de la circonférence du cou de 1 à 3 cm. dans 59 cas; diminution de 3 cm. 5 à 7 cm. dans 17 cas; guérison complète dans 9 cas.

Dans tous ces cas C. ne prescrivit aucune autre médication, et le traitement fut poursuivi jusqu'à 4 années consécutives, sans aucun inconvénient.

Il s'agissait de goitres simples ou avec syndromes basedowiens. Les résultats les moins nets furent observés au cours du syndrome basedowien franc. Dans ces cas, l'opothérapie ovarienne agit sur le volume du goitre, mais sans améliorer les autres symptômes. Dans les syndromes basedowiens incomplets on voit s'améliorer la tachycardie, l'instabilité du caractère et l'amaigrissement est favorablement influencé.

Chez beaucoup des malades améliorés, il n'y avait pas de signes cliniques d'insuffisance ovarienne. C. ne s'en étonne pas, car à l'autopsie de malades ayant été toujours bien réglées il a trouvé souvent des ovaires fibro-kystiques de qualité bien médiocre; il ne pense pas que la présence ou l'absence du flux menstruel, par exemple, permette de juger de la valeur de la fonction ovarienne.

L'opothérapie ovarienne paraît agir en diminuant la sécrétion thyroïdienne. C. pense que la moindre insuffisance ovarienne, se traduisant ou non cliniquement, détermine un hyperfonctionnement thyroïdien compensateur; on comprend dès lors que l'opothérapie ovarienne puisse avoir une action modératrice sur la fonction thyroïdienne.

C. conseille également d'avoir recours à l'opothérapie ovarienne avant et après les interventions chirurgicales sur les goitres.

L'opothérapie ovarienne est un traitement d'autant plus actif qu'on l'applique à des goitres jeunes dans des régions à endémie goitreuse modérée (Thiérache, Creuse, Auvergne, Bretagne); il est moins actif dans les goitres originaires d'Alsace, de Savoie ou de Suisse, dans lesquels la déchéance thyroïdienne est très accentuée, et où l'on peut, avec prudence, recourir au traitement iodé.

L'opothérapie ovarienne prolongée donne des résultats incontestables, et elle ne comporte aucune contre-indication.

L. Rivet.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Tome XII, nos 3-4, Décembre 1923.

J. Reenstierna. *Recherches sur le bacille de Ducrey.* — Dans la première partie de cet important mémoire, R. expose la *préparation et les propriétés d'un sérum antistreptobacillaire.*

Par l'injection de cultures de bacilles de Ducrey dans les veines de béliers pendant une période relativement prolongée, R. a réussi à obtenir un sérum immunisant qui fixe nettement l'alexine. Le pouvoir agglutinant de ce sérum n'a pu être précisé, l'émulsion streptobacillaire montrant normalement des flocons granuleux. Les travaux de laboratoire effectués dans le but de constater les propriétés préventives ont échoué, faute d'animaux d'expérience appropriés.

Ce sérum exerce une influence manifeste sur les processus inflammatoires provoqués par le bacille de Ducrey. En général, dès le lendemain d'une injection de sérum, les douleurs d'un bubon ont diminué ou disparu complètement et le gonflement et la rougeur ont décru. Mais les bacilles ne sont pas sûrement tués par les anticorps du sérum. Ceux-ci ont besoin d'être soutenus, ce qu'on obtient en élevant la température du malade simultanément au traitement par le sérum; dans ce but, on a ajouté au sérum une certaine quantité de bacilles typhiques morts susceptibles d'élever la température à laquelle les bacilles de Ducrey sont très sensibles.

Cette préparation, dont l'emploi est basé sur le principe anticorps-fièvre, a été appliquée au traitement de 153 cas de bubons chancrelleux, coïncidant presque tous avec des chancres. Presque tous les bubons non ouverts ou non incisés préalablement ont guéri très rapidement en 5-10 jours en moyenne ou un peu plus d'une semaine. Dès le lendemain de l'injection, l'effet est ordinairement frappant. Habituellement, R. fait 2 injections de 10 cmc à 3-5 jours d'intervalle, dans quelques cas une seule, exceptionnellement 3.

Les injections, pratiquées d'abord dans les muscles, sont faites maintenant sous la peau de la région fessière, afin d'éviter les veines. La récidive ne s'est produite dans aucun cas.

Dans 8 cas, le résultat fut nul; or, en examinant de plus près ces cas, on vit qu'il y avait eu erreur de diagnostic.

Quant au chancre, parfois il se cicatrise sous l'influence de ce seul traitement, mais il faut le plus souvent lui combiner des méthodes locales, en particulier le nettoyage préalable du fond de la plaie et de ses bords; la guérison se fait alors très rapidement.

Les inconvénients du traitement par le sérum sont les suivants : frissons, température élevée après l'injection, douleurs au point inoculé pendant quelques jours, et aussi, sensibilité dans les ganglions lymphatiques voisins.

La durée du traitement des bubons chancrelleux, qui était d'un mois et plus, a été, avec ce sérum, réduite à un peu plus d'une semaine.

Dans une seconde partie du mémoire, R. étudie la *cuti-réaction* dans le chancre mou. Il pratique celle-ci avec une émulsion de cultures faites sur gélose au sang de lapin; cette émulsion est faite en eau physiologique phéniquée à 0,5 pour 100 et laissée à la glacière pendant deux semaines, temps plus que suffisant pour tuer les microbes. Avec cette émulsion, R. a effectué la cuti-réaction chez 449 individus. Le détail de sa statistique montre que la cuti-réaction est d'une grande valeur diagnostique. Une cuti-réaction négative témoigne, au moins en ce qui concerne les cas de bubons et ulcères grands et nombreux, que l'individu ne porte pas actuellement une infection streptobacillaire et qu'il n'en a pas été atteint au cours des dernières années. Une réaction positive témoigne que l'individu est porteur d'une infection streptobacillaire ou qu'il en a été porteur auparavant.

L. Rivet.

SIROP DUBOIS AU CRÉOSAL

ÉCHANTILLONS · LITTÉRATURE. Laboratoires LALEUF. 49 Avenue de La Motte-Picquet. Paris (15e)

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

ÉCHANTILLONS · LITTÉRATURE: Laboratoires LALEUF. 49 Avenue de La Motte-Picquet. Paris (15e)



ÉCHANTILLONS · LITTÉRATURE. Laboratoires LALEUF. 49 Avenue de La Motte-Picquet. Paris (15e)

ÉCHANTILLONS · LITTÉRATURE: Laboratoires LALEUF. 49 Avenue de La Motte-Picquet. Paris (15e)
R. C. Seine 201.116

" Voies respiratoires "

GRIPPE

COQUELUCHE

TOUX DES TUBERCULEUX

"GOUTTES NICAN"

Sédatif, Décongestif, Antispasmodique très puissant et fidèle

Se méfier des contrefaçons :
Toute imitation est dangereuse ou inefficace

Syphilis
Paludisme
" QUINBY "

Echantillons et Littératures :
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-&-O.). — France.

Reg. du Com. : Versailles, 2.057.

LE NOURRISSON

(*Paris*)

Tome XI, n° 6, Novembre 1923.

J. Grenier. *Nouvelles recherches sur l'adénite sus-épitrochléenne du nourrisson et de l'enfant.* — L'adénite sus-épitrochléenne est considérée par certains cliniciens comme un stigmate important de syphilis permettant de dépister l'infection tréponémique souvent latente par ailleurs. A l'instigation du professeur Marfan, G. a recherché à l'hospice des Enfants-Assistés la fréquence et la valeur séméiologique de cette adénite.

Les examens ont porté tout d'abord sur 499 nourrissons pris au hasard. Sur ce nombre 36 étaient porteurs d'une adénite sus-épitrochléenne bilatérale et 20 d'une adénite unilatérale, soit respectivement 7 et 4 pour 100. Tous les enfants porteurs de lésions cutanées susceptibles de déterminer une adénite sus-épitrochléenne ont été soigneusement éliminés. Les diagnostics ont été établis par la clinique aidée de la cuti-réaction et de la réaction de Bordet-Wassermann.

Une seconde statistique a été établie sur 309 enfants de 1 à 14 ans, dont 32 étaient porteurs d'une adénite bilatérale, — soit 10 pour 100, — et 41 d'une adénite unilatérale, — soit 13 pour 100.

Voici les conclusions auxquelles aboutit G : l'adénite sus-épitrochléenne bilatérale, symptôme non spécifique, symptôme inconstant, n'en est pas moins par sa fréquence au cours de l'hérédo-syphilis et par sa persistance un véritable stigmate de cette affection, qu'elle doit toujours faire soupçonner. L'adénite unilatérale, quoique de beaucoup moindre valeur sémiologique, doit être prise également en considération.

Pratiquement, comme l'indique M. Marfan, l'adénopathie sus-épitrochléenne des nourrissons doit être considérée comme une grande présomption de syphilis, lorsque sont réalisées les 3 conditions suivantes: 1° Elle est bilatérale ; 2° elle ne s'accompagne d'aucune infection locale de la main, de l'avant-bras et du coude; 3° la cuti-réactiou à la tuberculose est négative. G. Schreiber.

ANNALES

des

MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX,

DU NEZ ET DU PHARYNX

(*Paris*)

Tome XLII, n° 11, Novembre 1923.

René Doumenge. *Configuration de la voûte palatine dans ses rapports avec les déformations de la cloison nasale.* — Les déviations du septum nasal reconnaissent deux causes : le traumatisme et les troubles de développement. Par ces derniers il faut entendre le défaut d'harmonie entre le développement de la cloison et celui de son cadre. D'autre causes plus précises (rachitisme, syphilis, etc.) ont été indiquées qu'on ne peut retenir

Rares au-dessous de 7 ans, elles peuvent cependant se rencontrer au-dessous de cet âge. Les déviations intéressent presque toujours la moitié antérieure de la cloison, au niveau des articulations chrondro-ethmoïdo-vomériennes.

Les *déformations* comprennent : d'une part les déviations, épaississements, crêtes, éperons produisant une obstruction progressive, d'autre part les *luxations* traumatiques du cartilage quadrangulaire créant brusquement l'obstruction.

La voûte palatine présente à considérer trois axes : axe interincisif médian supérieur (antéro-postérieur), axe interprémolaire (transversal), axe vertical interprémolaire (vertical). Les rapports de ces 2 derniers diamètres permettent de considérer des voûtes : basse, haute et ogivale, sans qu'il soit possible d'indiquer nettement quelle est la voûte initiale parmi ces formes symétriques.

Les voûtes palatines *asymétriques* sont intéressantes à étudier pour les déductions qu'on peut tirer de leur examen. La suture médiane antéro-postérieure peut se soulever en un bourrelet saillant dans la cavité buccale, ce qui n'est pas à proprement parler une déformation,mais la voûte peut être asymétrique dans sa forme (sommet asymétrique enfoncé ou couché, asymétrie des parois latérales, asymétrie portant sur les arcades alvéolo dentaires) ou dans son orientation (voûtes déviées, voûtes couchées).

L'étude comparée des cloisons et des voûtes palatines a conduit l'auteur à rechercher si les malformations de l'une ne pouvaient pas retentir sur l'autre et inversement. Il arrive à cette conclusion intéressante: à une cloison déviée, épaissie ou luxée correspond une asymétrie de la voûte. Si cette asymétrie n'apparaît pas, c'est que la malformation nasale est le résultat d'un traumatisme récent.

Au cours des déviations de la cloison, la voûte palatine asymétrique s'incline et s'enfonce *du côté* de la déviation.

Au cours des épaississements de la cloisou, la voûte palatine devient asymétrique, s'enfonçant ou se couchant *du côté* de l'épaississement. Il en est de même en ce qui concerne les crêtes et éperons.

Au contraire, dans les cas de luxation, donc de traumatisme, la voûte s'enfonce ou s'incline en totalité ou en partie *du côté opposé* à la luxation.

Robert-Leroux.

N° 12, Décembre 1923.

Jules Mouret. *Périmastoïdites exocraniennes.* — Mouret, qui, dans ces dernières années, a profondément remanié la pathologie des mastoïdites, aborde l'étude des réactions qu'elles sont susceptibles de produire à la face externe de l'apophyse.

L'infection, après avoir envahi la muqueuse des cavités pneumatiques (endomastoïdite), peut, en suivant les fines travées conjonctives dans lesquelles cheminent les vaisseaux et les nerfs qui relient les tissus extramastoïdiens à la muqueuse endomastoïdienne, provoquer une réaction inflammatoire septique : le *conjonctivo-phlegmon transosseux*.

L'atteinte et la mortification du tissu osseux par thrombose de ses vaisseaux nourriciers constitue l'*ostéo-phlegmon mastoïdien*.

Dans les deux cas se forme un *conjonctivo-lympho-phlegmon périmastoïdien pur* s'il n'est associé à aucune lésion osseuse, *ostéo-phlegmon* dans le cas contraire.

Conjonctivo-lympho-phlegmon pur. Le tissu conjonctif, les fibres musculaires, les nerfs, les ganglions sont infectés. Si l'infection est légère, la virulence s'éteint avant qu'elle n'ait produit des troubles de mortification. Dans le cas contraire, une collection se forme, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les ganglions. Le phlegmon périmastoïdien peut guérir par simple incision à la condition que le tissu osseux ne soit pas malade et que l'infection endomastoïdienne s'éteigne.

Ostéo-conjonctivo-lympho-phlegmon périmastoïdien. — Trois cas peuvent se présenter : 1° L'ostéite est centrale et la corticale saine. L'infection ne pourra s'éteindre ni dans l'endomastoïde, ni dans l'exomastoïde tant que le tissu osseux restera lui-même malade ; 2° l'ostéite ne siège qu'à la surface de la corticale. Le point osseux malade éliminé spontanément ou par un coup de curette, la guérison peut être obtenue sans véritable trépanation ; 3° les lésions osseuses sont à la fois profondes et superficielles. L'ouverture large et profonde de toutes les parties de la mastoïde atteintes est nécessaire. M. fait remarquer que le pus s'extériorise difficilement à travers la surface osseuse *externe* pénétrée par les insertions tendineuses et que l'abcès ne s'infiltre pas dans la gaine du muscle. Au contraire, sur la face *interne* de l'apex il n'y a pas d'insertion musculaire, le pus se crée un chemin facile et les gaines musculaires peuvent n'être que bien rarement perforées. Le pus des mastoïdites du triangle digastrique et celui de la mastoïdite jugo-digastrique ne s'infiltrent pas facilement dans le cou. Le phlegmon cervical dans ce dernier cas est dû à la suppuration conjonctivo-lymphatique.

Au point de vue clinique il y a lieu de distinguer deux sortes de phlegmons périmastoïdiens : les *phlegmons œdémateux* et les *phlegmons ligneux*. Le phlegmon œdémateux est suppuré ou non suppuré. On lui distingue deux variétés : l'une à évolution rapide, l'autre à évolution lente. Le phlegmon ligneux est un abcès lardacé, dur, sur lequel le doigt marque beaucoup moins son empreinte que sur l'abcès œdémateux. Il finit par suppurer, bien qu'assez tardivement.

Les phlegmons périmastoïdiens guérissent par ouverture spontanée ou chirurgicale. Dans le cas où la lésion causale n'est pas éteinte, il y a formation de fistule ou récidive. La guérison définitive ne s'obtient au cas de lésion osseuse que par curettage, trépanation ou évidement. Robert-Leroux.

Lannois et Jacod (de Lyon). *Contribution à l'étude des méningites suppurées otogènes à rémissions.* — Les cas de leptoméningites aiguës suppurées d'origine otique qui évoluent lentement par stades successifs, avec de longues rémissions, sont encore assez rares. Ils fournissent un aperçu intéressant sur le *mécanisme* et la *curabilité* des méningites.

L. et J. ont observé un malade qui présenta une leptoméningite aiguë suppurée d'emblée avec généralisation anatomique certaine. A côté des signes cliniques habituels, la ponction lombaire amena un liquide purulent. Les cultures du liquide céphalo-rachidien sont restées stériles. La méningite dura trois mois avec deux rémissions, une avant l'intervention pendant laquelle le malade reprit son travail, une plus longue après l'évidement pétro-mastoïdien. Pendant les deux rémissions le liquide était clair sans éléments figurés en quantité anormale.

La *température* persista toutefois, 37°5, 38°, atteiguant 38°5 quand le malade se leva pour travailler.

On peut conclure que le processus anatomique présente une durée plus longue que les signes cliniques. On peut vérifier ce fait par des examens répétés au cours des méningites qui tendent à guérir. La formule polynucléaire du début devient mixte, puis lymphocytaire et reste telle pendant un certain temps, tandis que les signes cliniques sont déjà effacés. C'est une sorte de première étape. Dans la seconde, la plaque d'inoculation méningée demeure seule latente, bien que la formule cytologique soit revenue à la normale. Cliniquement, seule la température peut révéler la lenteur dans la guérison des lésions. Robert-Leroux.

DEUTSCHE

MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Leipzig*)

Tome L, n° 2, 11 Janvier 1924.

R. Meyer-Bisch. *Composition du liquide céphalo-rachidien et action de la ponction lombaire au cours des états dyspnéiques.* — Pal a déjà signalé que la ponction lombaire était souvent capable de faire cesser les accès subits de dyspnée avec soif d'air qui surviennent chez les malades atteints de néphrite chronique avec hypertension, dyspnée qu'il a désignée sous le nom de dyspnée aiguë paroxystique et qu'il rattache à une hyperémie artérielle aiguë passive du cerveau. A l'occasion d'un cas de ce genre qui fut amélioré de façon surprenante par cette intervention, M.-B. a étudié l'influence de la ponction lombaire, non plus sur ces accès de dyspnée paroxystique, mais sur les états dyspnéiques subaigus ou subchroniques qui se rencontrent dans la néphrite chronique avec hypertension, même en dehors du stade urémique. Les 18 malades traités étaient tous atteints de dyspnée accentuée, troublant gravement l'état général. Dans 13 cas, elle s'améliora très notablement après la ponction, parfois même de façon frappante.

Comme Pal, M.-B. attribue à ces phénomènes dyspnéiques une origine cérébrale; il incrimine en particulier un état d'irritation du centre vasomoteur bulbaire. Il a cherché un appui à son opinion dans les anomalies du liquide céphalo-rachidien. Il a constaté très souvent chez ces malades, en dehors d'une hypertension marquée du liquide, une augmentation de la teneur en sucre (au-dessus de 0 gr. 70 pour 1.000) et en chlorures existant assez fréquemment sans hyperglycémie et sans hyperchlorémie concomitantes. Le taux du calcium s'est montré normal, celui des sulfates souvent augmenté.

M.-B. conseille donc de recourir à la ponction lombaire chez les brightiques dyspnéiques, et surtout lorsque les tentatives dirigées sur l'appareil cardio-vasculaire ont échoué. P.-L. Marie.

Stern. *Réaction de Wassermann et contagiosité de la syphilis.* — Récemment la lutte antivénérienne s'est intensifiée en Allemagne et des dispositions légales ont même été prises concernant la contagion syphilitique. En vue de l'application de la loi, Aschoff a rédigé des instructions officielles où le contrôle sérologique par la réaction de Wassermann tient une large place dans le dépistage de la contagiosité de la syphilis. C'est contre cette conception du Wassermann critère du danger de contagion que s'élève S., directeur de la clinique dermatologique de Dusseldorf.

Tout d'abord, selon S., la réaction de Wassermann n'a aucun rapport direct avec la présence de tréponèmes virulents dans l'organisme. Elle est vraisemblablement conditionnée par une modification du métabolisme des lipoïdes, fonction des altérations des tissus produites par l'infection tréponémique, mais paraissant être également réalisée par d'autres agents pathogènes, par exemple ceux des trypanosomiases, du pian, de la fièvre récurrente, de la lèpre, du paludisme.

D'autre part, le contrôle sérologique ne permet aucunement de se prononcer sur le danger de contagion par contact. Un Wassermann négatif ne signifie pas qu'un sujet soit incapable de transmettre la syphilis. S. rappelle que la réaction est plus ou moins longtemps négative au début du chancre, qu'elle peut le rester en pleine explosion d'accidents secondaires, qu'il n'est pas rare de la trouver négative chez des hérédo-syphilitiques en puissance d'accidents éminemment contagieux. La contagiosité existe déjà avant que le Wassermann soit positif; elle persiste alors qu'il est devenu négatif. Inversement, il est démontré par l'exemple des paralytiques généraux et des tabétiques qu'une réaction positive n'indique pas forcément que le sujet est contagieux. Comment donc se fier à un tel critère en matière de prophylaxie officielle ?

En réalité, un Wassermann positif, sans autres manifestations, ne peut être considéré comme un signe certain de syphilis que lorsqu'il est retrouvé tel à des examens ultérieurs et lorsqu'on a exclu chez le malade la tuberculose et surtout le sarcome.

Le Wassermann bien interprété garde une valeur diagnostique considérable, mais il ne saurait fournir de conclusions pronostiques et, d'après S., nombreux sont les cas où, malgré une réaction devenue négative, une contamination s'est produite.

P.-L. Marie.

DEUTSCHES ARCHIV FUR KLINISCHE MEDIZIN

(Leipzig)

Tome CXLIII, 4e fasc., Décembre 1923.

Prof. Wilhelm Weitz (de Tübingen). ***Les mouvements du corps pendant la respiration (d'après des observations faites en particulier par la méthode des ombres portées).*** — Le sujet, torse nu jusqu'à la symphyse pubienne, est appuyé contre un tableau recouvert de papier blanc, et une lampe à arc, éloignée de 6 m., est disposée de telle sorte que le rayon normal coupe la paroi thoracique à hauteur des mamelons. W. estime que, dans ces conditions, le déplacement de l'ombre portée sur le tableau représente, avec une erreur négligeable, le déplacement réel du thorax ou de la paroi abdominale.

Voici les principaux faits observés par W. Chez les sujets normaux, pendant la respiration superficielle, le sternum s'élève et se porte en avant dans l'inspiration; le mouvement de protraction est plus marqué pour le corps du sternum et l'extrémité inférieure du manubrium que pour l'extrémité supérieure de ce dernier; aussi l'angle du corps et du manubrium tend-il à diminuer dans l'inspiration. Exceptionnellement, la protraction ne se manifeste que pour le corps du sternum, ou même pour sa partie inférieure; dans ce cas, l'angle du corps et du manubrium augmente au lieu de diminuer. L'élévation du sternum est en moyenne plus marquée chez la femme que chez l'homme. Les parois thoraciques latérales s'élèvent et s'écartent dans l'inspiration, surtout dans leur partie inférieure. La paroi abdominale se soulève dans l'inspiration. Le mouvement prédomine dans la région sous-ombilicale en position debout; il est généralisé, à maximum péri-ombilical, en position couchée.

La respiration profonde ne diffère de la respiration superficielle que par les caractères suivants : le déplacement du sternum est plus accentué chez l'homme que chez la femme; outre les mouvements thoraciques, il y a élévation et protraction des épaules; enfin la paroi abdominale subit les modifications les plus variées : tantôt elle se soulève dans son ensemble, tantôt elle s'affaisse dans son ensemble, tantôt elle s'affaisse seulement dans sa région sous-ombilicale. Ces variations dépendent de l'importance respective de deux facteurs antagonistes : l'augmentation de la pression intra-abdominale par l'abaissement inspiratoire du diaphragme, et la diminution de cette même pression par l'élargissement et par l'élévation inspiratoires de la base du thorax. La mesure de la pression intravésicale montre que, dans la position debout, il y a avant tout chute de la pression inspiratoire; dans la deuxième moitié de l'expiration, il faut souvent faire intervenir une contraction active de la paroi sous-ombilicale.

Chez les emphysémateux et chez les cyphoscoliotiques, le déplacement du sternum est plus accentué que chez les normaux dans la respiration calme, moins accentué dans la respiration profonde. Les parties latérales du thorax subissent non plus une dilatation, mais une rétraction inspiratoire; il y a soulèvement inspiratoire de l'ensemble de la paroi abdominale et contraction expiratoire particulièrement marquée de cette paroi.

J. Mouzon.

Prof. Rudolf Cobet (de Iéna). ***Recherches expérimentales sur les relations entre l'hypertension artérielle et la dyspnée.*** — Parmi les asystolies avec hypertension, la plupart sont des asystolies secondaires chez des rénaux ou chez des artériels; mais il existe aussi des cas où l'hypertension semble liée à la stase viscérale et disparaît avec elle sous l'influence de la digitale. Afin d'étudier cette « hypertension de stase », C. a expérimenté d'abord sur le lapin, au moyen d'inhalations de CO^2, et il a montré que, lors de la dyspnée, la tension artérielle variait, dans l'ensemble, d'une manière inversement proportionnelle à la valeur du p_H du sang artériel. Dans le présent article, C. rapporte de nouvelles expériences pratiquées chez l'homme et destinées surtout à mettre en évidence le rôle respectif de la privation d'oxygène et celui de l'accumulation de CO^2 dans les phénomènes de dyspnée ou d'hypertension.

Le principe des expériences consiste à faire respirer des sujets normaux dans un ballon de caoutchouc qui contient soit de l'oxygène pur (afin de réaliser une accumulation de CO^2 isolée), soit de l'air et de la soude (afin de réaliser une privation d'O isolée), soit simplement de l'air (afin de faire intervenir les deux mécanismes associés). L'expérience est arrêtée quand la dyspnée cesse d'être supportable.

Des prises de sang et des prises d'air alvéolaire permettent de comparer la teneur en O et en CO^2 et de déterminer le p_H sanguin avant l'expérience et après.

La simple accumulation du CO^2 dans le sang réalise une diminution du p_H du sang artériel qui atteint environ 0,15 au moment où la dyspnée n'est presque plus supportable. On observe, à ce moment, une hypertension artérielle de 20 mm. Hg en moyenne. Il y a excitation simultanée du centre respiratoire et du centre vaso-moteur. Mais le centre respiratoire est plus excitable que le centre vaso-moteur. La diminution de l'oxygène du sang produit également de la dyspnée et de l'hypertension artérielle (jusqu'à 30 mm. Hg). Mais la dyspnée ne devient difficile à supporter qu'après diminution d'au moins 25 p. 100 de l'oxygène du sang. Dans ce cas, il n'y a plus de modification du p_H du sang, il n'y aurait modification du p_H que dans les centres.

Ce n'est pas l'augmentation de la ventilation pulmonaire qui produit par elle-même l'hypertension. Au contraire, une exagération volontaire de la respiration, soutenue le plus longtemps possible (5 à 6 min. en général), entraîne une augmentation du p_H du sang, avec diminution de la tension artérielle.

J. Mouzon.

VRATCHEBNOÏE DÉLO

(Kharkov)

Tome VI, nos 24-26, 25 Décembre 1923.

Prof. N. P. Kravkov (de Petrograd). ***Sur les modifications fonctionnelles du système vasculaire des animaux et de l'homme dans les divers états pathologiques.*** — Dans le présent travail, K. donne un résumé général des nombreuses recherches qui ont été effectuées, au cours de ces dernières années, dans son laboratoire sur des organes isolés des animaux et de l'homme.

Ces recherches ont permis d'établir que les vaisseaux des tissus enflammés réagissent aux poisons tout autrement que les vaisseaux des tissus normaux. Si l'on provoque sur une oreille isolée d'un lapin une inflammation (par friction à l'huile de croton ou par immersion, pendant trois minutes, dans de l'eau à 54°) et que l'on compare la façon dont les vaisseaux de cette oreille réagissent avec les réactions des vaisseaux de l'oreille normale, également isolée, on constate que les agents vasoconstricteurs produisent sur les premiers un effet moins durable et moins intense, et parfois même nul. Il n'est pas rare de voir l'adrénaline, après une vasoconstriction passagère et faiblement prononcée, provoquer même une vasodilatation. Les exsudats inflammatoires, qui rétrécissent fortement les vaisseaux de l'oreille saine, n'exercent pas la moindre action appréciable sur les vaisseaux de l'oreille enflammée. L'effet vasoconstricteur de la cocaïne est également beaucoup moins accusé ou même nul dans l'inflammation. Par contre, la caféine (à 1 : 5.000 ou 1 : 10.000) produit sur les vaisseaux de l'oreille enflammée une action vasodilatatrice de beaucoup supérieure à celle que l'on constate sur les vaisseaux normaux.

Ainsi donc, dans l'inflammation, les vaisseaux réagissent plus faiblement aux poisons vasoconstricteurs et, au contraire, plus fortement aux poisons vasodilatateurs.

L'inflammation retentit aussi sur l'activité rythmique autonome des vaisseaux, qui perdent progressivement cette propriété si importante pour la circulation normale. Ce fait joue probablement un rôle essentiel dans les phénomènes de stase et d'œdème qui accompagnent l'inflammation.

Les expériences de Anitchkov sur des doigts humains isolés ont montré que, là encore, les vaisseaux réagissent, en somme, de la même façon que ceux de l'oreille du lapin.

Comme les vaisseaux périphériques survivent pendant longtemps à la mort du sujet, les expériences sur les doigts isolés permettent de se rendre compte des modifications fonctionnelles subies par les vaisseaux dans diverses affections. Anitchkov et Nétchaïev ont pu ainsi constater que, dans bien des maladies infectieuses graves, avec issue fatale (pneumonie chronique, tuberculose, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, tétanos, etc.), les vaisseaux réagissent aux poisons à peu près de la même manière qu'à l'état normal. C'est seulement dans les cas graves de fièvre récurrente que l'on a constaté une diminution accentuée, parfois même l'abolition complète de l'action vasoconstrictrice de l'adrénaline et du chlorure de baryum, l'effet vasodilatateur de la caféine se maintenant, par contre, dans toute sa force. Les mêmes modifications fonctionnelles des vaisseaux ont été notées sur les doigts isolés dans les cas d'atrophie du nerf sciatique consécutive à une blessure, ainsi qu'en cas de gangrène des doigts après lésion des gros vaisseaux.

Les phénomènes inverses ont été constatés dans l'artério-sclérose et dans la gangrène spontanée : la tendance à la vasoconstriction et au spasme était considérablement augmentée, tandis que la propriété de dilatation était diminuée. Ces modifications n'appartiennent, d'ailleurs, qu'aux phases initiales de l'artério-sclérose; plus tard, lorsqu'on se trouve en présence de lésions anatomo-pathologiques avancées, les vaisseaux deviennent moins aptes à se contracter et finissent par perdre leur propriété de réagir aux poisons.

Les vaisseaux coronaires, lorsqu'ils sont atteints de sclérose accentuée, perdent complètement le pouvoir de réagir tant aux agents vasoconstricteurs qu'aux vasodilatateurs.

Les modifications fonctionnelles les plus constantes et les plus marquées dans les maladies infectieuses et les intoxications s'observent du côté des vaisseaux des viscères abdominaux, notamment des reins et de la rate. Ces vaisseaux sont frappés les premiers et cessent de réagir aux poisons alors que les vaisseaux périphériques conservent encore complètement leurs réactions. A cet égard, les vaisseaux coronaires occupent, chronologiquement, une place intermédiaire entre les vaisseaux périphériques et les vaisseaux viscéraux.

Les recherches de Chkaver sur les vaisseaux de la rate chez des sujets ayant succombé à la fièvre récurrente, au typhus exanthématique, à la scarlatine, à la diphtérie, à la rougeole, à la dysenterie, à la pneumonie, etc., ont montré, dans ces infections, un notable affaiblissement ou l'abolition complète des effets vasoconstricteurs de l'adrénaline, de la strophantine et du chlorure de baryum; parfois même, ces substances exercent, en pareil cas, une action vasodilatatrice.

L. Cheinisse.

V. M. Kogan (de Kharkov). ***Quelques données sur l'insuline : son action sur le cœur isolé et son application thérapeutique.*** — Poursuivant ses recherches sur l'insuline (Voir *La Presse Médicale*,

3 Novembre 1923, analyses, p. *121*), K. a étudié l'action de ce produit sur le cœur isolé de la grenouille et des mammifères.

De fortes doses d'insuline paralysent l'action de l'adrénaline; elles provoquent l'arrêt du cœur, sans en déterminer la mort; puis, on voit se manifester l'action propre de l'insuline sur les battements cardiaques, se traduisant par un allongement des pauses et par une augmentation de l'amplitude de la systole.

Chez l'homme bien portant, l'insuline, même à faibles doses, détermine une hypoglycémie sans aucun phénomène collatéral.

Au point de vue thérapeutique, K. conseille, dans le coma diabétique, de recourir aux injections intraveineuses de fortes doses d'insuline. Il faut, bien entendu, administrer, en même temps, des hydrates de carbone.

Partant des effets obtenus sur le cœur isolé, K. serait enclin à admettre que, en dehors même du diabète, l'insuline pourrait trouver d'autres applications thérapeutiques Il se demande notamment si ce produit ne serait pas indiqué toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir un effet inverse à celui de l'adrénaline, comme dans les tachycardies d'origine non organique, par exemple. Il y aurait lieu aussi d'étudier l'action de l'insuline sur les vaisseaux et sur la pression sanguine. L. Cheinisse.

Prof. V. K. Stéfansky (d'Odessa). ***Une forme aiguë et épidémique de gangrène des organes génitaux externes chez les enfants.*** — Du 12 Décembre 1922 au 16 Mars 1923, S. a eu l'occasion d'observer 4 cas de gangrène des organes génitaux externes, survenus chez des fillettes âgées respectivement de 5, 5, 2 et 12 ans.

L'affection présentait un caractère aigu et s'accompagnait d'une fièvre élevée. Le processus local débutait par les grandes lèvres qui devenaient rouges, œdématiées et douloureuses. Au bout de quelques jours, on voyait se produire, sur la peau des grandes lèvres enflammées, de petites ulcérations à fond d'un gris sale. Ces ulcérations s'étendaient rapidement, envahissant les petites lèvres, le clitoris, la muqueuse vestibulaire et vaginale et celle de la portion inférieure du rectum. Le fond de ces ulcérations présentait d'abord les caractères de gangrène sèche; puis, au bout de 3 ou 4 jours, le tableau était celui de gangrène humide. En même temps, l'état général des malades s'aggravait fortement (délire, diarrhée, etc.), et, quelques jours après, elles succombaient à la septicémie ou à la toxémie (à l'autopsie, on notait une hypertrophie de la rate, de la dégénérescence du myocarde, du foie et des reins).

Dans un de ces cas, l'affection était survenue au cours d'une rougeole; une autre petite malade était atteinte de rougeole, de scarlatine et de diphtérie; dans le 3e cas, la gangrène s'est produite au cours d'une scarlatine associée à une coqueluche; la 4e enfant était tout à fait bien portante.

L'affection parait être épidémique, puisque, pendant la même période, on en a observé 5 autres cas.

D'après S., elle serait nettement différente du noma de la bouche et constituerait une entité morbide particulière, peut-être non encore décrite jusqu'à présent. L. Cheinisse.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

N° 3287, 29 Décembre 1923.

P. W. R. Bœlke. ***Traitement des affections tuberculeuses : efficacité des injections de morrhuate de soude.*** — Les tuberculines de Koch ont donné dans la cure de la tuberculose des résultats inconstants ; il y a certainement des formes dont l'évolution est arrêtée, mais d'autres malades n'en tirent aucun profit. La méthode de Sahli, injection de petites doses croissantes de tuberculine de Beraneck, est meilleure. Mais comme pour toutes les vaccinothérapies qui créent une phase négative, il y a pour la tuberculinothérapie des périodes et des doses inopportunes.

Il faut lui préférer la méthode de Rogers, injections intramusculaires, sous-cutanées ou intraveineuses de morrhuate de soude (sels sodiques des acides gras non saturés de l'huile de foie de morue). Cette médication ne fait pas appel uniquement à la force de résistance du malade ; elle dissout l'enveloppe graisseuse des bacilles acido-résistants et hâte leur destruction.

B. publie un grand nombre d'observations de malades atteints de tuberculose pulmonaire ouverte, avec bacilles dans l'expectoration, chez qui le traitement par le morrhuate de soude, poursuivi pendant des semaines ou des mois, associé ou non à la tuberculine de Beraneck, a été suivi d'une grosse amélioration qui s'est maintenue. Même des malades qui n'avaient pas tiré profit de la cure au sanatorium ont été améliorés.

Ces injections ne déterminent pas de réactions violentes comme la tuberculine de Koch; elles ne sont pas douloureuses comme la tuberculine de Beraneck : c'est le seul traitement qui convienne aux formes fébriles et hémoptoïques. Elles déterminent souvent une réaction locale assez vive, rougeur de la peau au point de l'injection, surtout si l'on atteint la dose de 1 cmc; mais au cours d'une deuxième série, il n'y a pas de réaction locale, même avec 1 cmc et plus.

Le morrhuate doit être très pur ; on utilise une solution à 3 pour 100, à laquelle on ajoute 0,5 pour 100 d'acide phénique; on stérilise à l'autoclave. La solution doit être fraîche; elle doit être tout à fait claire. Les doses de début sont de 0,1 cmc à 0,2 cmc; on augmente par dixième de cmc jusqu'à 1 cmc, pourvu qu'il n'y ait pas de réaction. On les fait à intervalles de 3 à 5 jours. Des injections intraveineuses de 3 à 4 cmc ne font pas mieux que les petites doses sous-cutanées. J. Rouillard.

Sir Léonard Rogers. ***Notes sur la méthode de Bœlke.*** — Dès les premières publications de R. en 1919, l'action spécifique du morrhuate de soude sur la tuberculose était nettement établie, car les injections donnent des réactions fébriles avec augmentation de volume des ganglions tuberculeux, suppuration plus abondante des cavités tuberculeuses, et parfois hémoptysie, cette exacerbation étant suivie d'une amélioration considérable.

Les réactions locales, au point d'injection, observées par Bœlke, confirment cette action spécifique.

Il y a parfois, en outre, des réactions générales, extension de tuberculoses pulmonaires ou cutanées, qui commandent une grande prudence dans l'administration du morrhuate de soude.

L'usage de petites doses répétées par voie sous-cutanée (Bœlke) est excellent, car il n'y a guère de réactions locales, et il n'y a pas les réactions générales violentes qu'on voit parfois après les injections intraveineuses de doses élevées. J. Rouillard.

J. B. Christopherson. ***La dose curative de tartrate d'antimoine dans la schistosomiase (maladie bilharzienne).*** — C. a reçu récemment d'Afrique une statistique de 102 cas d'infestation par *Schistosoma hæmatobium*, qui ont été traités par les injections intraveineuses de tartrate d'antimoine. De ces malades, 5 ont moins de 10 ans, 30 ont de 10 à 15 ans, 27 de 16 à 20 ans, 40 ont plus de 20 ans.

Sur 102 malades, 23 n'ont pas guéri et ont conservé des œufs vivants dans les urines; or aucun d'eux n'avait reçu une dose suffisante, n'ayant eu au plus que 78 centigr.

Comment peut-on affirmer une guérison complète dans la schistosomiase ? Il faut se souvenir que les vers sont en nombre considérable, parfois 400 et même davantage dans la veine porte, qu'ils ont sans doute une résistance variable : la dose curative est celle qui tuera les vers les plus résistants. Après le traitement, tous les vers sont-ils tués ? tant qu'il persiste des œufs vivants dans les urines ou dans les selles, c'est qu'il reste des vers vivants; mais s'il n'y a plus d'œufs vivants, peut-on affirmer que tous les vers sont tués ? leur activité peut être seulement suspendue et reprendre après quelques mois; il faut donc attendre un an pour affirmer la guérison, un délai de 6 mois n'étant pas suffisant.

L'éosinophilie et la réaction de déviation du complément ne peuvent renseigner sur la vie ou la mort des vers.

Certains malades adultes sont guéris avec 1 gr. 20 en 28 jours ; un plus grand nombre avec 1 gr. 50, et presque tous avec 1 gr. 80. Cette dose est la dose curative; si elle n'a pas été atteinte, on ne peut parler d'échec du traitement. J. Rouillard.

E. F. Neve. ***Cancer par brûlure de kangri.*** — Dans le pays de Kashmir, 84 pour 100 des épithéliomas sont des « cancers du kangri ». Le kangri est un vase de faïence, de 5 ou 6 pouces de diamètre, entouré d'une garniture d'osier, qui se chauffe avec du charbon de bois, et que les habitants pauvres portent sur la peau du ventre sous un simple vêtement flottant. Le processus cancéreux est dû à la chaleur, et peut-être à l'action des substances volatiles provenant de la combustion du bois.

La fréquence est plus grande dans le sexe masculin, car ce sont les hommes qui portent habituellement le kangri; l'âge moyen des malades est de 55 ans. Les sièges d'élection sont la face interne des cuisses et la région sous-ombilicale. La peau des cuisses et de l'abdomen se dessèche d'abord ; les veines superficielles se dilatent ; il y a une inflammation chronique des téguments, allant de la simple rougeur, avec ou sans desquamation, jusqu'à des cicatrices, des épaississements, des excroissances cornées; puis survient la dégénérescence maligne.

Le cancer se présente sous 3 formes : ulcération ovalaire profonde, à bords surélevés, déchiquetés et proliférants, ou bourgeons exubérants ou ulcération simple, peu creusante. Ces cancers sont très infectés et suppurent abondamment.

Il y a des ganglions inguinaux, iliaques externes et axillaires, qui se ramollissent, se rompent sous les téguments, donnant une infiltration diffuse, et enfin s'ulcèrent, d'où l'apparition de cancers secondaires avec suppuration abondante et ulcérations artérielles.

La durée habituelle est de 15 mois environ; la mort survient par cachexie ou septicémie.

Au cours des interventions, on doit s'occuper d'abord des ganglions, qu'il faut enlever en bloc, car s'ils viennent à se rompre, ils contaminent le champ opératoire, ce qui cause des récidives et des hémorragies secondaires. J. Rouillard.

THE AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS and GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

Tome VI, n° 6, Décembre 1923.

O. H. Schwarz. ***Modifications de la pression sanguine consécutives à l'accouchement.*** — Le fait suivant a été le point de départ des recherches de l'auteur : accouchement d'une femme atteinte de toxémie gravidique avec Mx 19, Mn 11 ; — après l'accouchement, cyanose, tendances syncopales, pouls petit, Mx 7 ; — amélioration par l'emploi de pituitrine et d'un bandage abdominal.

Schwarz eut ensuite l'occasion d'observer de telles chutes de pression après l'accouchement chez diverses femmes atteintes de toxémie gravidique.

Il rechercha alors la pression chez des femmes normales au nombre de 80. Le plus grand nombre eut une hypertension de 1 à 2 cm. à la fin de la période d'expulsion et une hypotension de 1 à 2 cm. dans les dix premières minutes du *post partum*. Dans les cas où l'on avait noté, au cours des jours précédents, une légère hypertension, l'hypotension *post partum* fut plus accentuée, jusqu'à 4 cm.

Dans 2 cas, on observa, liée à des hémorragies légères, une hypotension de plus de 5 cm.

Beaucoup de ces femmes avaient eu de la scopolamine-morphine pendant l'accouchement, de la pituitrine au début de la délivrance et un dérivé de l'ergot à la fin.

Un accouchement gémellaire avec grande distension abdominale et un hydramnios ne donnèrent qu'une faible hypotension.

Chez les néphritiques et les femmes en possibilité d'éclampsie, il n'est pas rare d'observer des chutes de pression de 10 cm. et, si cette hypotension dure, des accidents de syncope.

Dans les gestations normales, le système vasomoteur est capable de s'accommoder aisément de la déplétion abdominale et de la laxité des parois. Dans l'auto-intoxication, il n'en est pas de même et il se produit une vaso-dilatation dans la sphère du splanchnique, d'où incapacité du cœur à se remplir pendant la diastole.

Ces états d'hypotension doivent se traiter par la compression abdominale et l'adrénaline, et, le cas échéant, une injection intraveineuse de glucose, voire même la transfusion.

S., étant donné les faits, s'élève contre les méthodes de thérapeutiques qui, en cas d'éclampsie, traitent, non la cause, mais le symptôme hypertension : à savoir l'emploi du *veratrum viride* et la saignée.

Henri Vignes.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIV, n° 1, 5 Janvier 1924.

Prof. Paul Courmont et Boissel (de Lyon). ***Les véritables infections associées dans la tuberculose pulmonaire.*** — L'examen microscopique des crachats est la base de ces recherches. Mais il faut n'employer que des crachats tout à fait frais et lavés dès l'émission, de façon à éviter les erreurs consistant à prendre pour des microbes pathogènes les saprophytes de la bouche ou des voies respiratoires supérieures. C. et B. emploient la *méthode de la passoire* : le crachat, recueilli directement sur une soucoupe flambée, est immédiatement lavé dans une petite passoire fine sous un jet d'eau distillée jusqu'à ce que soient éliminées toutes les parcelles étrangères de mucus ou de salive; puis étalement et coloration de plusieurs lames au Gram et au Ziehl.

L'étude de 188 cas permet aux auteurs de distinguer deux catégories :

1° Dans 80 pour 100 des cas, ils n'ont trouvé, malgré des examens répétés, que du bacille de Koch;

2° Dans 20 pour 100 des cas, ils ont trouvé au contraire des microbes associés en très grand nombre. Sur 36 cas de ce genre, dans 13 cas, il s'agissait d'infections polymicrobiennes. Dans les autres cas, il y avait *infection associée monomicrobienne durable*, et à microbes abondants; ces microbes sont du reste très variables, et l'espèce en cause est importante pour le pronostic. S'il est, en effet, des infections associées indifférentes (B. de Pfeiffer, pneumobacille), d'autres sont nettement aggravantes (streptocoque, tétragène, pneumocoque souvent, *B. cutis commune*).

C. et B. ont observé certains cas d'*infections alternantes*, où, dans les crachats, il y a successivement prédominance ou même présence exclusive tantôt du bacille de Koch, tantôt du microbe associé; dans ces cas, on voit parfois nettement une poussée d'aggravation coïncider avec l'apparition dans les crachats de très nombreux microbes associés, alors que d'autres périodes où l'on ne constate que du bacille de Koch sont plus paisibles.

Il y a enfin des formes d'*infections substitutives* où, après un certain temps, on voit le microbe associé se substituer en quelque sorte au bacille de Koch dans les crachats et exister seul et en très grande abondance pendant une très longue période, alors qu'on n'arrive que très difficilement par des examens répétés ou par inoculation à retrouver le bacille de Koch. C. et B. ont observé le fait avec un pneumobacille de Friedländer et avec un bacille de Pfeiffer.

Si le chapitre des véritables infections associées dans la tuberculose doit être circonscrit, limité à sa juste valeur, il ne faut donc néanmoins pas le méconnaître.

Au point de vue thérapeutique, la vaccinothérapie des infections associées doit être spécifique. Elle doit être tentée surtout dans les formes monomicrobiennes, et, dans 7 cas, C. et B. ont tenté l'emploi d'auto-vaccins, avec des résultats divers. Au point de vue prophylactique, il faut retenir que les malades peuvent se contaminer entre eux par ces infections microbiennes; il faudrait donc réaliser l'isolement rigoureux de tous les tuberculeux secondairement infectés. L. Rivet.

Albert Vaudremer. ***Le bacille de la tuberculose (Sclerothrix Kochii).*** — Parmi les faits expérimentaux résumés par l'auteur, beaucoup, connus depuis longtemps, n'ont pas retenu l'attention. Dans d'intéressantes recherches personnelles, V. a pu préciser les conditions dans lesquelles la morphologie du bacille change; comment se produit et disparait l'acido-résistance; dans quels milieux apparaissent les formes les plus involuées du bacille tuberculeux; comment on peut arriver à filtrer ces formes à travers des filtres qui ne laissent pas passer le bacterium coli; comment ces formes filtrées reproduisent la forme géante ramifiée du bacille de Koch, le Sclerothrix de Metchnikoff; dans quelles conditions ce Sclerothrix récupère la forme bacillaire: comment cette forme bacillaire reprend elle-même l'acido-résistance par passage à l'animal.

V. décrit les lésions, rappelant l'infection de la première enfance, produites par les formes granulaires inoculées au cobaye, et l'escarre cutanée rapide ou la septicémie mortelle produites chez le cobaye par l'injection sous-cutanée ou intraveineuse des formes granulaires réactivées par un passage préalable à travers l'animal. Enfin, il montre que les formes granuleuses réactivées possèdent, dans certaines conditions, un pouvoir immunisant relatif.

L. Rivet.

LE BULLETIN MÉDICAL

(Paris)

Tome XXXVII, n° 54, 26 et 29 Décembre 1923.

Ch. Laubry. ***La pathogénie et la signification du roulement de Flint dans l'insuffisance aortique.*** — L. fait sienne la conception de Pezzi, pour qui le roulement de Flint n'est pas en rapport avec un rétrécissement mitral fonctionnel, mais avec un bruit de galop.

Parmi les diverses variétés de bruits de galop, la plus fréquente est la variété présystolique, ou mieux la variété auriculo-ventriculaire. C'est elle qu'il faut assimiler au roulement de Flint. Elle concerne une sensation autant tactile qu'auditive, procurée à l'oreille lors de l'auscultation immédiate des régions apexienne et sus-apexienne, par une onde de choc, contemporaine de la systole auriculaire. Elle traduit l'*hypotonicité* du ventricule. Surpris dans sa diastole par le flot venu de l'oreillette, le muscle n'y oppose pas une réaction tonique qui l'étouffe, mais se laisse brusquement distendre, et exprime cette distension à l'oreille par un bruit, à la main par un choc, à l'enregistrement graphique par une onde d'une hauteur et d'une netteté inaccoutumées.

L. rappelle combien on est parfois hésitant en clinique pour différencier un galop d'un roulement diastolique. Cette confusion est particulièrement facile au cours de l'insuffisance aortique, où les réactions d'un ventricule déficient ne sont plus seulement sollicitées par le flot de l'oreillette, mais encore par l'ondée diastolique rétrograde.

Par ailleurs, les variétés d'insuffisance aortique où se note le roulement de Flint sont précisément celles où l'apparition du galop est la règle : ce sont surtout les insuffisances par aortite, chez les syphilitiques, les vieillards, les hypertendus, où le myocarde tend à donner rapidement des signes de faiblesse. Le signe de Flint est en rapport avec l'hypotonicité du myocarde, et ceci est démontré aussi par l'étude des insuffisances aortiques fonctionnelles. Enfin, le roulement de Flint évolue comme le galop : on le voit, comme lui, disparaître aux phases ultimes, se fondre en un souffle plus ou moins large d'insuffisance mitrale, céder au repos, changer avec la position, disparaître sous l'influence de l'ouabaïne.

De plus, la représentation graphique et électrocardiographique du roulement de Flint au cours d'une insuffisance aortique est celle du galop.

A l'autopsie de pareils cas, on trouve un volume anormal du ventricule gauche, distendu, avec minceur relative de ses parois, alors que l'oreillette gauche est volumineuse et hypertrophiée.

D'ailleurs, si l'on relit les observations initiales de Flint, on voit qu'elles cadrent avec la conception de Laubry et Pezzi.

Ainsi compris, le roulement de Flint, devenu un galop, passe du champ diagnostique de l'insuffisance aortique au domaine du pronostic : il impose de recourir sans tarder au strophantus ou mieux à l'ouabaïne et à la théobromine. L. Rivet.

Francis Bordet. ***La thérapeutique spécifique chez les cardiaques.*** — La médication spécifique peut donner d'excellents résultats dans les affections cardio-vasculaires d'origine syphilitique. Mais elle n'est pas toujours sans danger et B. relate deux cas de défaillance du myocarde, survenus, l'un après une série d'injections intraveineuses de 914, l'autre à la suite d'une série d'injections de quinio-bismuth. C'est dire que la tolérance médicamenteuse est subordonnée à l'état du myocarde, que le thérapeute devra toujours au préalable s'assurer de la valeur fonctionnelle du myocarde; une grande prudence s'impose dans l'application du traitement aux sujets porteurs d'un myocarde suspect.

Pour le choix du médicament, il convient d'être éclectique (Vaquez et Laubry). Toutefois, B. préfère le bismuth et le mercure lorsqu'on a affaire à un myocarde particulièrement fragile ou quand l'activité des processus syphilitiques n'exige pas une thérapeutique énergique. Les arsenicaux seront réservés aux syphilis de date récente ou de virulence particulière, chez des sujets à myocarde particulièrement résistant; d'une façon générale, l'injection intraveineuse est assez mal supportée. La médication iodurée est un adjuvant utile. Pour les doses, il est nécessaire de recourir à la méthode des tâtonnements, afin de tâter la tolérance.

Chez de tels malades, les abstentionnistes par principe sont tout aussi blâmables que les interventionnistes à outrance, et la conduite du thérapeute doit se déduire de l'étude de chaque cas particulier.

L. Rivet.

Tome XXXVIII, n° 1, 2 et 5 Janvier 1924.

Ch. Laubry et Sigismond Bloch. ***Les variétés respiratoires du type de Cheyne-Stokes dans l'insuffisance cardiaque.*** — L. et B. ont pu, chez différents malades rentrant tous dans la catégorie des asystoliques confirmés, isoler un certain nombre de types respiratoires très voisins du Cheyne-Stokes classique et qu'ils ont baptisés du nom de *congénères* du Cheyne-Stokes.

Il est nécessaire, pour individualiser ces types, d'avoir recours aux enregistrements graphiques en série, car l'observation seule, même minutieuse, est le plus souvent incapable de les déceler. Les auteurs enregistrent donc simultanément : le temps au moyen du chronographe de Jacquet; la respiration à l'aide de la ceinture de Laubry et Mougeot; le pouls à l'aide de la capsule oscillographique de Pachon.

Ils rapportent d'abord 1 cas de Cheyne-Stokes typique observé chez un malade atteint d'insuffisance ventriculaire gauche.

Dans un 2e type, après une phase d'apnée, la respiration acquiert pour ainsi dire d'emblée son maximum, s'y maintient pendant toute la phase d'hyperpnée et décroît brusquement.

Dans un 3e type, il n'y a pas d'apnée véritable; pendant la pause, on voit ébauchées quelques tentatives timides de reprise respiratoire, annonçant l'éclosion prochaine de l'hyperpnée.

Dans un 4e type, on assiste à la respiration véritablement périodique sans apnée; les respirations sont tour à tour progressivement croissantes (hyperpnée) et progressivement décroissantes (hypopnée).

Dans un dernier type, la respiration est tout à fait désordonnée et toute description est impossible. Ce rythme est à la respiration ce que l'arythmie complète est au pouls.

Ces divers types sont étroitement apparentés au Cheyne-Stokes; ils surviennent chez la même catégorie de malades; ils se substituent au Cheyne-Stokes; ils le précèdent chez le même malade et suivent l'évolution de l'insuffisance cardiaque.

Analogues et presque identiques avec les types respiratoires périodiques réalisés expérimentalement par Pachon, ils apportent un appoint clinique à la théorie de l'origine cérébrale du Cheyne-Stokes.

L. Rivet.

N° 4, 23 et 26 Janvier 1924.

Paul Blum et R. Benda. ***Données récentes sur le vitiligo.*** — B. et B. estiment qu'il faut éliminer de l'étude du vitiligo classique les dyschromies secon-

daires liées à des troubles trophiques ou résultant de lésions cicatricielles.

Deux notions paraissent dominer actuellement le chapitre jadis confus de l'étiologie du vitiligo : ce sont d'une part ses rapports avec la syphilis, d'autre part ses rapports avec les glandes endocrines, le système nerveux et particulièrement le sympathique.

En ce qui concerne le mécanisme intime des troubles de la pigmentation, Bruno-Bloch s'est servi de la dioxyphénylalanine pour mettre en évidence la présence d'un ferment oxydant dans les cellules pigmentaires; ce corps serait, en effet, transformé par oxydation en un corps brunâtre, la « dopa mélanine », très voisine de la mélanine vraie. Grâce à la *dopa réaction*, la tendance actuelle est d'attribuer la fonction pigmentaire aux seules cellules épidermiques, c'est-à-dire aux cellules de la couche profonde du corps muqueux de Malpighi, et plus particulièrement aux grandes cellules étoilées situées à la limite du derme et de l'épiderme. Et la dopa réaction montre que la formation du pigment est sous la dépendance d'un ferment oxydant intracellulaire, qui, d'après Bloch, agirait sur des éléments chromogènes apportés par le sang circulant; enfin, la substance mère de la mélanine naturelle appartiendrait bien au groupe des protéines, puisqu'elle est identique à la dioxyphénylalanine ou à un corps très voisin de celle-ci.

En ce qui concerne le mécanisme du vitiligo, diverses opinions ont été défendues dans ces dernières années. La théorie sympathique paraît actuellement le plus en faveur. Mais il ne paraît pas prouvé que les glandes endocrines soient étrangères au mécanisme intime de la pigmentation. Leur régulation paraît en relation étroite avec le fonctionnement des systèmes sympathique et para-sympathique, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'il s'agit d'une action hormo-neurale ou neuro-hormale. La théorie sympathico-endocrinienne, ou théorie mixte, semble assez séduisante, les troubles sympathiques pouvant être liés à des infections ou intoxications variées.

L. Rivet.

Lévy-Franckel et Juster. ***Le métabolisme basal en dermatologie.*** — L'étude du métabolisme basal a permis aux auteurs de montrer que certaines dermatoses sont en rapport avec des perturbations du système endocrinien et plus particulièrement de la glande thyroïde. L'exemple de la pelade est probant.

La détermination du M. B., en chiffrant le sens et le degré du trouble endocrinien, permet de donner un traitement rationnel aux malades. Ainsi, grâce à la recherche du M. B., les auteurs ont pu substituer chez des paludiques, hyperthyroïdiens méconnus, à un traitement thyroïdien qui avait aggravé les troubles, soit le sérum éthyroïdé, soit l'irradiation du corps thyroïde, qui ont amené la guérison d'une pelade jusque-là rebelle.

Toutefois, le chiffre donné par le laboratoire pour le M. B. doit être interprété par le clinicien. Tout d'abord, la détermination du M. B. demande une certaine minutie qui ne s'acquiert que par une pratique assez longue. Ensuite, l'examen clinique reste primordial. Un résultat négatif ne prouve rien; dans certaines affections endocriniennes indiscutables, le M. B., en effet, peut être normal. De plus, comme le M. B traduit la somme des altérations endocriniennes, il peut se produire des phénomènes de compensation qui perturbent le résultat. Enfin, il faut que le malade dont on recherche le M. B. n'ait pas eu de traitement endocrinien (et surtout thyroïdien) depuis plusieurs mois. Inversement, le sérum d'un animal éthyroïdé avait fait diminuer le M. B. de certains hyperthyroïdiens. L'irradiation des glandes vasculaires sanguines produit également des modifications du M. B. : à dose sidérante, l'irradiation du corps thyroïde fait baisser très nettement le M. B. et l'on peut suivre ainsi l'efficacité du traitement chez des sujets atteints de goitre exophtalmique. Dans 2 cas, L. et J. ont vu également l'irradiation du thymus avec des doses de 6 H répétées amener une diminution du M. B. Le M. B. doit donc, en principe, être recherché chez des sujets vierges de tout traitement endocrinien.

Ces restrictions faites, le M. B. apparaît comme destiné à un grand avenir en dermatologie, surtout pour l'étude des dermatoses neuro-glandulaires, en rapport avec des affections du système nerveux (sympathoses de Laignel-Lavastine) et du système humoral (opodermies de Lortat-Jacob) et indépendantes de l'infection microbienne directe.

L. Rivet.

LA PEDIATRIA

(Naples)

Tome XXXII, fasc. 2, 15 Janvier 1924.

S. Ciaccia (de Venise). ***Contribution clinique à la connaissance du sodoku.*** — Frugoni, de Florence, a eu le mérite, en 1911, d'attirer le premier en Europe l'attention sur cette maladie spéciale consécutive à la morsure du rat, appelée *sodoku* par les auteurs japonais. Le cas de C. concerne une fillette de 5 ans mordue la nuit à la joue gauche par un gros rat. Hémorragie immédiate abondante; désinfection de la plaie au lusoforme. Le lendemain matin, tuméfaction de la joue et impossibilité d'ouvrir l'œil gauche. Absence de fièvre. Disparition du gonflement et cicatrisation de la plaie en 3 jours.

Au bout de 15 jours l'enfant se plaint d'une vive douleur au niveau de la morsure. Le gonflement réapparaît, la peau prend une couleur rouge violacé intense. Adénopathie sous-maxillaire gauche. Douleurs au niveau des membres inférieurs. Fièvre. La petite malade entre à l'hôpital. Les phénomènes inflammatoires cèdent rapidement à l'application de compresses chaudes; la température redevient normale. On considère qu'il s'agit d'une infection banale et l'enfant est rendue à ses parents.

Le jour même de la sortie de l'hôpital la fièvre réapparaît avec de fortes douleurs au niveau de la joue et de l'œil gauches, des jambes, de la gorge. De nouveau, tuméfaction de la joue et réadmission de l'enfant à l'hôpital. A partir de ce moment on note la symptomatologie caractéristique du sodoku, avec poussées fébriles successives séparées par des intervalles d'apyrexie complète durant lesquels l'infiltration et la douleur de la joue diminuent. Apparition d'un érythème généralisé au cours de poussées fébriles entrecoupées de crises sudorales. Recherche du spirochète dans les urines positive.

Au point de vue thérapeutique, les meilleurs résultats ayant été fournis par les arsénobenzènes (Hata), C. a pratiqué des injections intramusculaires de *néargyrol* (composé d'arsénobenzol et d'argent) qui furent très efficaces.

G. Schreiber.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

Tome LXX, n° 49, 7 Décembre 1923.

S. Hirsch. ***L'insuffisance pluriglandulaire; ses fondements et sa délimitation.*** — H. s'élève contre l'abus qu'on fait du terme insuffisance pluriglandulaire; il n'est guère de trouble physique ou psychique qui n'ait été rattaché à des altérations du fonctionnement d'une partie du système endocrinien; cette conception pourrait être justifiée, tout tissu semblant posséder une sécrétion interne, mais aux dépens de toute précision. D'autre part, on a transporté trop souvent sans critique dans la pathologie humaine les faits expérimentaux. Aussi une revision s'impose-t-elle.

H. considère les diverses sources de nos connaissances sur les affections pluriglandulaires : méthode anatomo-clinique, la plus sûre de ces sources, mais souvent impuissante à déceler les lésions délicates, tandis qu'inversement des lésions grossières des endocrines peuvent ne pas s'accompagner d'un syndrome clinique superposable; méthode expérimentale, très précieuse, mais fréquemment surestimée, et dont les résultats ne doivent être appliqués à l'homme qu'avec discernement; enfin, appréciation des résultats fournis par le traitement opothérapique, source de beaucoup la plus incertaine, car nous ignorons si l'on est en droit d'identifier l'extrait glandulaire avec l'hormone; pour en citer un exemple, l'action pharmacologique de l'extrait hypophysaire n'a rien à faire avec la fonction physiologique du lobe postérieur de la glande, et nous ne connaissons encore que fort peu d hormones originaires des glandes endocrines, alors que tous les jours augmente l'importance hormonale de certains produits normaux et pathologiques du métabolisme : choline, diméthylguanidine, acide carbonique même. L'histamine paraît, d'autre part, constituer le principe actif des divers extraits endocriniens. Toutes ces notions montrent la fragilité du terrain physiologique sur lequel ont été édifiées nos conceptions des affections pluriglandulaires.

H. oppose deux conceptions de ces affections : l'une, très générale, où la part réelle des glandes endocrines est très restreinte; elle exprime simplement un état de déséquilibre de ces glandes au milieu des coordinations générales des tissus et des organes. Il s'agit d'un trouble dans l'apport des éléments humoraux (hormones, sécrétions morphogénétiques, produits métaboliques, etc.) qui assurent les interrelations et les synergies de l'organisme. On peut reprocher à cette conception, qui n'est d'ailleurs que provisoire, son imprécision; H. la compare au terme de neurasthénie employé jadis pour englober une série d'affections nerveuses dissociées depuis.

Au sens étroit du mot, l'insuffisance pluriglandulaire désigne une maladie à substratum anatomique de plusieurs glandes endocrines en corrélation fonctionnelle véritable, dont les cas rapportés par Claude, Gougerot, Sourdel sont des exemples typiques. A la base de cette affection se trouve d'ordinaire une sclérose multiple des glandes endocrines, d'origine probablement infectieuse, conduisant à leur atrophie. Cliniquement, elle se traduit par des manifestations d'hypothyroïdie, d'insuffisance hypophysaire, d'eunuchisme tardif, associées à un syndrome addisonien et à une cachexie progressive.

Cette sorte d'insuffisance pluriglandulaire est des plus rares. H. en rapporte 2 nouveaux cas très typiques qu'il a pu suivre pendant longtemps. Le premier concerne un homme de 55 ans, syphilitique, qui perdit d'abord les poils de la barbe, du pubis et des aisselles, devint impuissant et frigide, puis présenta de la sénilité précoce, de l'atrophie de la thyroïde et des testicules, un aspect flétri de la peau, une pression artérielle basse, une perte progressive des forces, de l'apathie, et finit par mourir d'un cancer de l'œsophage. L'autopsie montra une sclérose et une atrophie des diverses glandes endocrines; l'involution thymique faisait défaut. Le second cas est celui d'une femme de 57 ans, également syphilitique, qui offrit un tableau clinique analogue et des lésions multiples de sclérose des glandes endocrines. A noter dans ces 2 cas l'absence de tout symptôme hypophysaire très tranché, malgré l'atrophie considérable de la glande.

P.-L. Marie.

N° 51, 21 Décembre 1923.

Fleischer et Hirsch-Tabor. ***Renforcement de l'action de l'yohimbine.*** — L'action aphrodisiaque de l'yohimbine résulte d'abord et surtout de l'hyperémie très marquée des organes génitaux qu'elle détermine; en outre, de l'augmentation dans la production des cellules germinatives et des hormones par stimulation spécifique de l'activité des glandes génitales (Löhnberg); enfin de l'excitation du centre génito-spinal due soit à une action directe, soit à une irrigation sanguine plus abondante. Comme la papavérine, alcaloïde de l'opium, possède également une action vaso-dilatatrice sur les vaisseaux des organes pelviens (Pál), on pouvait supposer que cette synergie des deux alcaloïdes renforcerait l'action de l'yohimbine. C'est ce qu'a confirmé l'expérimentation en médecine vétérinaire. Le tartrate d'yohimbine et de papavérine, essayé sur les chiens et les bovidés, s'est montré moins toxique que l'yohimbine seule à doses égales, l'action narcotisante de la papavérine corrigeant l'effet excito-moteur général de l'yohimbine; d'autre part, l'action aphrodisiaque est supérieure à celle qu'exerce l'yohimbine seule, bien que la papavérine soit dépourvue à cet égard de toute propriété spécifique; elle n'agit que par l'hyperémie qu'elle détermine et elle peut être remplacée, avec le même résultat, par d'autres alcaloïdes à action vaso-dilatatrice, méthylhydrastimide par exemple.

Les essais cliniques ont établi les avantages de cette nouvelle préparation. Une dose massive de 0 gr. 30 a pu être administrée sans inconvénient soit en injection sous-cutanée, soit par la bouche. La dose habituellement employée a été de 0 gr. 015 en injection une fois par jour et de 0 gr. 01 3 fois par jour en ingestion. Deux sujets atteints d'impuissance organique par défaut d'érection à la suite d'affections du système nerveux central (tabes, syphilis cérébrospinale) furent guéris d'une façon durable. De même un cas d'impuissance toxique nicotinique. Chez 16 autres sujets, il s'agissait d'impuissance fonctionnelle d'origine neurasthénique ou psychique. Sauf dans 3 cas, le traitement fut couronné de succès alors que les autres aphrodisiaques employés chez plusieurs malades avaient échoué. Aucun inconvénient sérieux ne fut observé, à part de l'irritabilité, de l'agitation nocturne et de la congestion céphalique chez 2 neurasthéniques. Les troubles vésicaux disparurent chez les tabétiques traités ainsi que la spermatorrhée liée à la défécation chez un neurasthénique.

P.-L. Marie.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN und CHIRURGIE

(*Iéna*)

T. XXXVI, n° 1, 1923.

W. Denk (de Vienne). ***Valeur de la pneumoventriculographie dans le diagnostic des affections cérébrales.*** — Le principe de l'encéphalographie consiste dans le remplacement aussi complet que possible du liquide céphalo-rachidien par de l'air ou de l'oxygène qui rend visibles radiographiquement les cavités cérébrales. Ainsi sont mis en évidence, dans les cas pathologiques, les défauts de remplissage des ventricules et de l'espace sous-arachnoïdien, les modifications dans la forme, la situation et le volume des ventricules, tous éléments qui viennent puissamment en aide au diagnostic différentiel et surtout topographique.

D. a eu l'occasion d'employer cette méthode chez 32 malades de la clinique d'Eiselsberg. Il a suivi la technique d'insufflation de Dandy, en utilisant toujours l'oxygène. De l'étude des cas observés se dégagent les conclusions suivantes :

La ventriculographie n'est pas une méthode d'examen absolument inoffensive; elle ne doit être mise en œuvre que dans les cas où les méthodes de diagnostic jusqu'ici employées ne donnent que des précisions insuffisantes. D. a eu 2 morts qui, d'ailleurs, semblent plutôt imputables à une faute de technique qu'à la méthode elle-même. Il est probable que l'insufflation par voie lombaire a déterminé chez ces 2 malades l'étranglement du cervelet dans le trou occipital. Aussi, dans le cas de pression cérébrale élevée, D. recommande-t-il de rejeter absolument la voie d'insufflation lombaire et d'introduire le gaz par ponction ventriculaire. Dans les 30 cas où il a ainsi opéré, il n'a pas constaté d'inconvénients. On n'est en droit de pratiquer l'insufflation lombaire dans ce cas qu'après avoir fait une ponction ventriculaire et avoir ainsi obtenu un abaissement de la pression cérébrale.

L'hydrocéphalie avec obstruction, en présence de symptômes de tumeur cérébrale, plaide en faveur d'une tumeur de l'étage postérieur; toutefois, certaines tumeurs de l'étage moyen peuvent, lorsqu'elles s'étendent beaucoup, conduire à une hydrocéphalie occlusive.

Les tumeurs des hémisphères déterminent une modification dans la forme ou la situation du ventricule latéral correspondant que révèle la pneumographie. En outre, les défauts de remplissage permettent une localisation précise du processus qui occasionne la compression. La pneumographie se montre même parfois supérieure à l'exploration chirurgicale directe, témoin ce cas de gliome du tronc cérébral, où elle décelait une tumeur profonde de l'hémisphère gauche, que ne purent repérer ni la palpation ni les sondages, mais que vint confirmer ultérieurement l'autopsie. Le remplissage unilatéral des ventricules ne peut fournir de conclusions diagnostiques valables qu'au cas où cette particularité se montre de façon constante après de nombreux changements de position du patient destinés à répartir également le gaz insufflé.

On ne doit jamais tirer de conclusions diagnostiques de la seule pneumographie; il faut tenir compte avant tout des signes cliniques.

Des défauts de remplissage doivent toujours faire penser d'abord à la possibilité d'une imperfection de technique. Pour conclure valablement, en pareil cas, il faut refaire des clichés de contrôle après quelques heures ou pratiquer une nouvelle insufflation.

P.-L. Marie.

S. Walker (de Zurich). ***Recherches sur la cuti-réaction et la fixation du complément dans l'actinomycose.*** — W. a fait toute une série de consciencieuses recherches dans le but d'instituer un diagnostic biologique de l'actinomycose.

Pour la cuti-réaction, il s'est servi soit d'autolysat de pus actinomycosique, qui s'est montré moins spécifique, soit d'autolysats de cultures de divers *Actinomyces* pathogènes des types aérobie et anaérobie (Israel), ou saprophytes (*A. odorifera*). La réaction positive se traduit par une infiltration accompagnée au début de rougeur et de légère douleur, qui devient très dure et persiste jusqu'à 2 semaines, tandis que la peau sus-jacente prend une coloration brun rouge. En outre, il se produit presque constamment une légère élévation de température, d'ordinaire le surlendemain de l'épreuve.

Parmi 7 malades atteints d'actinomycose en évolution, 6 présentèrent à la fois la réaction cutanée et la réaction thermique; l'un d'eux n'eut que la réaction cutanée ; chez 2 actinomycosiques guéris depuis peu, on ne constata pas de modifications de la peau, mais la réaction fébrile se produisit; enfin deux sujets guéris depuis longtemps ne réagirent d'aucune façon. Parmi les 61 réactions de contrôle faites chez des malades variés, on obtint 9 réactions cutanées non spécifiques ; ces dernières ne se montrèrent presque exclusivement qu'avec l'autolysat de pus actinomycosique. Avec les autolysats de cultures pures, on ne nota qu'une seule réaction non spécifique. C'est chez des tuberculeux, et accessoirement chez des sujets atteints d'affections septiques (ostéomyélite, septicémie), que se rencontrèrent les réactions cutanées non spécifiques. Une réaction thermique non spécifique ne fut observée que dans un cas (tuberculose). Il semble donc que la cuti-réaction pratiquée avec des autolysats de cultures pures, et surtout avec celles de la variété anaérobie, puisse fournir un appoint intéressant dans le diagnostic de l'actinomycose; néanmoins, il faut se rappeler que la tuberculose peut créer une confusion en donnant lieu à une réaction positive.

Parallèlement à la cuti-réaction, W. a étudié la réaction de fixation du complément. Il a suivi la technique de Wassermann, en utilisant comme antigène des extraits d'*Actinomyces* ou des organes infectés. Les meilleurs résultats furent obtenus avec l'autolysat de l'espèce aérobie pathogène ; ils furent satisfaisants aussi avec l'espèce aérobie non pathogène (*A. odorifera*). Sur 5 actinomycosiques en activité, 4 donnèrent une réaction de fixation positive; chez le dernier, elle n'était que légère ; sur 2 malades voisins de la guérison, la réaction se montra faiblement positive ; 4 sujets guéris fournirent un résultat négatif. Parmi les 40 sérums témoins, 6 provenant de tuberculeux et 24 de malades atteints d'affections diverses réagirent négativement ; par contre, sur 10 sérums de syphilitiques, 5 donnèrent un résultat positif. Circonstance heureuse, les tuberculeux, qui ont parfois une cuti-réaction positive, donnèrent une réaction de fixation négative et les syphilitiques, qui fournissent un résultat assez souvent trompeur en ce qui concerne la réaction de fixation, ne montrèrent pas de cuti-réactions positives. Aussi faut-il contrôler les 2 épreuves l'une par l'autre et, pour la réaction de fixation, commencer toujours par pratiquer le Wassermann. Si ce dernier est négatif et la réaction avec l'antigène actinomycosique positive, il y a les plus grandes chances qu'il s'agisse d'actinomycose.

Il faut noter encore que les cuti-réactions, dans un cas, eurent un résultat favorable sur l'évolution de la maladie.

P.-L. Marie.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN

(*Leipzig*)

Tome XLV, n° 4, 26 Janvier 1924.

W. Sternberg. ***Points critiques et dangers de la gastroscopie.*** — S. a contribué grandement à faciliter et à perfectionner la gastroscopie en substituant aux anciens appareils un gastroscope qui n'est autre qu'un cystoscope assez long pour pénétrer dans l'estomac et en employant pour l'introduction la position genu-cubitale.

Les points critiques dans l'introduction des appareils d'endoscopie œsophagiens et gastriques siègent aux endroits physiologiquement rétrécis qui marquent l'entrée des cavités successives : isthme du gosier, bouche de l'œsophage, cardia ou bouche gastrique, entrée de l'antre du pylore avec l'isthme de l'estomac.

L'isthme du gosier n'est un obstacle que pour les instruments mous et semi-rigides qui risquent de s'y recourber. Pour le franchir avec une sonde molle, il est recommandable de ne pas faire pénétrer le cathéter jusque dans l'isthme, mais de rester un peu en deçà et de faire exécuter alors un mouvement de déglutition qui fait franchir l'obstacle en diminuant le réflexe de défense qui tend à amener le rejet de la sonde. La sensation douloureuse que détermine une forte excitation tactile telle que celle que déterminent les instruments rigides et la sensation de chatouillement que provoque une faible excitation s'opposent dans leurs effets : la première, à l'inverse de la seconde, ne suscite pas un réflexe de défense aussi marqué, d'où la facilité de pénétration des instruments rigides.

On retrouve cette même différence d'action lorsqu'il s'agit de franchir la bouche de l'œsophage. C'est là le point critique de l'œsophagoscopie sous contrôle de la vue, plus lente, moins brutale, et qui, par l'excitation minima produite, renforce la crampe physiologique en ce point tandis que l'œsophagoscopie palpatoire ne rencontre guère ici de difficultés. On ne peut mieux comparer cette différence dans les réactions produites qu'avec ce qu'on observe dans le cathétérisme de l'urètre membraneux suivant qu'on emploie des bougies filiformes ou une sonde métallique volumineuse; celle-ci triomphe plus aisément du spasme; les mouvements de va-et-vient imprimés aux bougies ne font que renforcer ce dernier; la rapidité de la manœuvre et l'introduction par surprise dans l'urètre membraneux facilitent le cathétérisme.

La bouche de l'œsophage avec les gastroscopes rigides ne peut être considérée comme un véritable obstacle; le point dangereux est l'entrée de l'estomac, le rétrécissement diaphragmatique. La difficulté provient du rétrécissement anatomique ainsi que de sa situation excentrique, de la fermeture physiologique de l'orifice, enfin de la fixité de la région. Les deux premières sources de difficulté ne comptent guère pour le gastroscope; c'est la fixité de ce rétrécissement, bien plus grande que celle de la bouche de l'œsophage, jointe au changement de direction du canal, qui rend la manœuvre délicate et parfois dangereuse. Cette fixité, comparable à celle de l'urètre au niveau du diaphragme uro-génital, s'aggrave encore de ce fait que l'obstacle se trouve à la partie la plus éloignée du trajet à parcourir, à la distance maxima de la main qui guide l'instrument et dont les moindres mouvements se transmettent à l'extrémité d'un bras de levier fort long qui les multiplie dangereusement; de plus, l'éloignement du but à éclairer, par rapport à la cystoscopie, crée des conditions optiques défavorables. Le double changement de direction, en avant et à gauche, du tube digestif à ce niveau rend la pénétration plus difficile que la courbure simple de l'urètre lors de la cystoscopie. Ce coude fixé ne saurait être franchi sans danger par les gastroscopes de Schindler et d'Elsner dont l'extrémité flexible en gomme est susceptible de se plier devant l'obstacle et de perforer l'œsophage ou de se briser. Le seul instrument rationnel est le gastroscope à extrémité rigide, ayant la forme générale du cystoscope et présentant une courbure telle de son bec qu'elle puisse à la fois fléchir le canal digestif et s'adapter au coude de la partie fixe.

P.-L. Marie.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(*Londres*)

N° 3290, 19 Janvier 1924.

A. F. Hurst. ***Anémie d'Addison (anémie pernicieuse) à dégénérescence subaiguë combinée de la moelle.*** — Cette maladie, décrite par Addison en 1855, bien avant les travaux de Biermer (1871), mérite le nom d'anémie d'Addison plutôt que d'anémie pernicieuse.

Elle est caractérisée par l'anisocytose, avec augmentation du diamètre moyen des globules rouges ; cette modification est précoce, durable et plus constante que la présence de mégaloblastes, d'hématies nucléées ou la polychromatophilie.

Les observations de Hunter prouvent que l'anémie d'Addison est due à une hémolyse excessive, avec dépôt de pigment ferrugineux dans les viscères. Le sérum est jaune, par excès de bilirubine.

L'absence d'HCl libre dans l'estomac est un fait constant que Martius a relaté en 1897; pendant toute la période digestive, il n'y a pas trace d'HCl, comme le prouvent les examens fractionnés des repas d'épreuve. L'achlorhydrie, avec les troubles digestifs qui l'accompagnent, précède le développement de l'anémie, et persiste si elle disparaît. Dans les cancers gastriques, pas plus que dans les anémies post-hémorragiques, on n'observe cette achlorhydrie absolue. D'après Martius, l'achlorhydrie serait primitive et constitutionnelle, due à une déficience fonctionnelle congénitale des glandes gastriques ; elle s'observe parfois chez tous les membres d'une famille où il y a un cas d'anémie d'Addison. D'après Fenwick, elle serait due à une gastrite atrophique, mais les modi-

fications histologiques sont si légères, que cette opinion n'est guère soutenable.

L'existence de troubles nerveux s'observe dans 60 pour 100 des cas d'anémie addisonienne. Il n'y a pas lieu de distinguer, d'une part, une anémie accompagnée de troubles médullaires, et, d'autre part, une dégénérescence subaiguë combinée de la moelle, compliquée d'anémie; ce sont des états pathologiques identiques, mais tantôt l'un, tantôt l'autre des groupes de symptômes apparaît le premier et prédomine. Dans les deux cas, d'ailleurs, l'achlorhydrie est de règle.

H. discute ensuite la question de l'infection buccale et de la glossite sur laquelle a insisté Hunter; elle y est en effet fréquente, mais n'est pas pathognomonique.

Quant à la pathogénie, il y aurait une toxine hémolytique, produite dans l'intestin par un streptocoque hémolytique. On trouve en effet des streptocoques à la racine des dents, et dans le contenu duodénal recueilli par tubage. Il y a probablement deux toxines, l'une détruisant les hématies, l'autre lésant la moelle, et qui se manifestent à des dates différentes.

Il y a des rémissions, dues sans doute à une immunisation active de l'organisme, mais qui sont temporaires, car, du fait de l'achlorhydrie, l'infection intestinale subsiste.

Le traitement consiste à arrêter l'infection intestinale, en soignant les dents; à combattre l'achlorhydrie en donnant des doses élevées d'HCl dilué, au moins 8 gr. après un repas ordinaire; à injecter des vaccins streptococciques. La splénectomie est parfois utile. Après que l'hémolyse est arrêtée, on essaiera les transfusions de sang et les médications arsenicales. Les symptômes nerveux seront parfois améliorés. J. ROUILLARD.

N° 3291, 26 Janvier 1924.

D. Campbell. *Les doigts hippocratiques.* — On n'est pas d'accord sur la lésion qui détermine cet aspect pathologique des doigts, quoiqu'on admette généralement du moins que l'os est indemne. C. a pratiqué des coupes d'un doigt hippocratique : il s'agissait d'une femme atteinte de cancer du poumon gauche, qui avait des ostéo-arthropathies hypertrophiques typiques, et qui présenta ce fait assez particulier que l'augmentation de volume des extrémités digitales avait subi une rémission considérable pendant quelques semaines.

La lésion consiste surtout en œdème des tissus de la 3e phalange, en particulier dans la zone située entre l'os et la matrice unguéale; cet œdème est suivi d'une prolifération anormale du tissu conjonctif.

En faveur de cette conception que le doigt hippocratique est surtout dû à l'œdème, il y a ce fait que parfois la déformation est temporaire, accompagnant une maladie aiguë, et qu'on l'observe dans des cas de compression veineuse (anévrismes sous-claviculaires).

Le plus souvent les doigts hippocratiques apparaissent au cours d'affections pleuro-pulmonaires, qui diminuent le champ de l'hématose, réduisent la tension en oxygène du sang artériel, si bien que la respiration des tissus, surtout ceux des extrémités qui n'ont qu'une circulation assez pauvre, se trouve diminuée.

On peut expliquer de même les doigts hippocratiques des malades atteints de malformations congénitales du cœur, de sténose de l'artère pulmonaire; des malades atteints de cyanose autotoxique entérogène, où le sang contient de la méthémoglobine ou de la sulfhémoglobine, provenant des fermentations intestinales, et qui sont peu propres à véhiculer l'oxygène.

Cette conception d'une oxygénation imparfaite des tissus aux extrémités est plus satisfaisante que l'hypothèse d'une toxine élaborée dans le poumon malade, ou d'une toxine non détruite par le poumon malade. J. ROUILLARD.

R. N. Ironside et C. D. Shapland. *Un cas de compression médullaire localisée par la méthode de Sicard.* — Il s'agit d'un homme de 38 ans, chez lequel l'examen radiographique, après injection de lipiodol, permit de localiser un fibrome intradural comprimant la moelle à la hauteur du 9e segment dorsal. La localisation a été si exacte qu'à l'intervention, trois lames ayant été enlevées, la tumeur apparut juste au centre de la région mise à nu.

L'opération a été simple, et le malade, qui était auparavant paraplégique, recouvre peu à peu l'usage de ses membres inférieurs. Or à ce moment, où l'intervention pouvait être très profitable, les constatations neurologiques à elles seules ne permettaient pas de déterminer le siège précis de la compression.

J. ROUILLARD.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(*Chicago*)

Tome XXXII, n° 6, 15 Décembre 1923.

R. L. Haden. *Localisation élective au niveau de l'œil des bactéries provenant de dents infectées.* — Bien des cliniciens admettent qu'il existe une relation de causalité entre les foyers chroniques d'infection et les maladies générales; d'autre part, d'après Rosenow, les bactéries auraient une tendance spécifique à se localiser dans certains tissus de l'organisme. Isolés fraîchement des foyers infectieux, cholécystites, ulcus gastriques, arthrites du rhumatisme articulaire aigu, myosites, etc., les microbes, en particulier les streptocoques, seraient capables de reproduire chez l'animal les mêmes manifestations morbides que chez le patient. Cette opinion a rencontré des adversaires, mais H. fait remarquer que ceux-ci ont négligé certains détails techniques importants dans l'expérimentation et spécialement l'emploi indispensable de cultures anaérobies.

Pour élucider cette importante question de la localisation élective des bactéries, H., laissant de côté les manifestations de reproduction trop facile et s'observant de façon banale après les injections intraveineuses de microbes quelconques, comme les arthrites par exemple, s'est adressé aux lésions oculaires qui, au contraire, se rencontrent rarement après ces injections. Comme, d'autre part, les cliniciens ont reconnu une relation de causalité entre les infections buccales, dentaires en particulier, et les maladies du tractus uvéal (iritis, iridocyclite, choroïdite, etc.), H. a prélevé chez 15 malades atteints de ces affections les bactéries présentes sur l'apex des dents infectées, et qui sont presque toujours des streptocoques, rarement des staphylocoques, les a cultivées sur milieu de Rosenow (gélose profonde glycosée au cerveau) qui fournit des matériaux nutritifs et une tension d'oxygène favorables, et les a inoculées dans les veines de lapins le plus rapidement possible après la mise en culture, d'ordinaire dans les 24 heures suivant l'extraction de la dent.

Sur 66 animaux ainsi injectés, 45 (68 pour 100) présentèrent au bout de quelques jours des manifestations oculaires, le plus souvent de l'injection périkératique, de l'iritis ou de l'irido-cyclite, parfois des hémorragies multiples de l'iris ou de la sclérotique, de la kératite ou de l'inflammation du corps vitré, de la panophtalmie, où l'on retrouva toujours l'agent pathogène. Par contre, des lésions oculaires ne se rencontrèrent que chez 15 pour 100 des témoins injectés avec les bactéries isolées de la même façon, mais provenant de sujets indemnes d'affections générales ou atteints d'affections générales sans participation oculaire. La différence observée indique clairement que les bactéries provenant des sujets présentant une affection oculaire possèdent une affinité élective pour les tissus de l'œil. Ces résultats établissent en outre la relation étiologique qui existe entre infections dentaires et maladies oculaires. Fait à noter, au cours de ses recherches, H. a remarqué que des dents qui n'étaient pas assez atteintes pour donner lieu à des lésions décelables par la radiographie, hébergeaient sur leur apex un grand nombre de streptocoques, capables de produire des lésions oculaires. P.-L. MARIE.

L. H. Newburgh et S. Clarkson. *Lésions rénales produites chez le lapin par le régime carné.* — N. et C. ont établi que l'ingestion prolongée d'un excès de protéines détermine chez le lapin l'apparition d'une athérosclérose étendue et, en même temps, de lésions rénales. La majorité des animaux recevant 27 pour 100 ou plus de protéines dans leur ration pendant 6 mois furent atteints d'une néphropathie chronique dont l'origine doit être mise sur le compte du régime, puisque toute infection spontanée était hors de cause et que les témoins soumis aux mêmes conditions de vie, à part l'alimentation, ou même recevant des injections de bactéries pathogènes, ne présentèrent pas d'altérations rénales analogues.

Les reins sont fortement augmentés de volume. Les lésions ont un caractère diffus et consistent surtout en une dilatation des tubuli contorti avec atrophie de leurs cellules. A une période peu avancée, celles-ci présentent des figures de dégénérescence aiguë et subaiguë. Il n'existe pas de réaction fibreuse autour des tubes; les glomérules sont intacts. Pendant la vie, on note une albuminurie marquée avec cylindrurie.

Ces altérations paraissent attribuables à une excrétion excessive d'amino-acides par le rein. Expérimentalement, les injections intraveineuses de tyrosine et d'histidine produisent de l'albuminurie et de la cylindrurie. Il est possible que l'acidité exagérée des urines intervienne également, mais elle ne peut le faire que dans une faible mesure.

Evidemment les lésions trouvées ne peuvent être mises en parallèle avec celles de la néphrite chronique humaine. Néanmoins ces expériences sont de nature à faire progresser nos connaissances, encore si lacunaires, sur la pathogénie de cette affection, surtout si on les rapproche des faits observés par Polvogt, Mc Collum et Simmonds chez les rats soumis à un régime hyperazoté (V. *La Presse Médicale*, 1923, n° 78, analyses, p. *108*).

P.-L. MARIE.

N. E. Brill et N. Rosenthal. *Traitement de la thrombocytopénie essentielle (purpura hémorragique) par la splénectomie.* — La thrombocytopénie essentielle constitue une entité morbide qui rentre dans le cadre des purpuras hémorragiques et se caractérise par la diminution des plaquettes sanguines, la persistance d'un temps de coagulation normale, la prolongation du temps de saignement, la fragilité des capillaires (signe du lacet), l'irrétractilité du caillot.

Kaznelson a préconisé la splénectomie contre cette affection. Jusqu'ici cette opération a été 15 fois avec 14 succès et un seul décès. Dans les cas heureux il se produit une cessation immédiate de la tendance aux hémorragies, une crise des plaquettes dont l'augmentation peut aller de 25.000 à 1.500 000 et est suivie d'un retour à un chiffre inférieur à la normale au bout de quelques jours ou de quelques semaines, un accroissement des hématies et de l'hémoglobine, enfin une transformation complète de l'état général.

B. et R. ont fait pratiquer la splénectomie chez 2 malades, dont l'une, une jeune fille de 19 ans, souffrait depuis 14 ans de purpura hémorragique évoluant de façon intermittente, ayant mis plusieurs fois ses jours en danger et amélioré seulement passagèrement par les transfusions sanguines. Tous les agents hémostatiques avaient été essayés sans succès. La splénectomie marqua la terminaison de l'état hémorragipare Chez le second malade, un garçon de 15 ans, atteint depuis 4 ans, les hémorragies étaient devenues tellement répétées et intenses que la mort paraissait inévitable; les plaquettes étaient tombées à 10.000, absentes même certains jours; les globules rouges, malgré les transfusions, étaient au voisinage de 2.500 000. La splénectomie vint transformer radicalement l'état du malade qui s'améliora de façon continue; 4 mois après l'opération, aucune hémorragie ne s'était encore produite, l'état général était excellent, la rétraction du caillot et la durée du saignement normales, le signe du lacet négatif, bien que les plaquettes, après une brève ascension, fussent tombées à 22.000.

L'étude des modifications hématologiques consécutives à la splénectomie ne permet d'accepter aucune des deux hypothèses pathogéniques concernant le rôle de la rate dans la thrombocytopénie essentielle. La rate n'intervient ni en inhibant l'activité des mégacaryocytes de la moelle dans la production des plaquettes, comme le veut Frank, ni par son action destructive sur les thrombocytes ainsi que l'admet Kaznelson, puisque les plaquettes reviennent rapidement à leur taux antérieur après l'opération, ou même à un taux plus bas encore. Toutefois il semble que la rate joue un rôle capital à l'égard des propriétés des plaquettes qui interviennent dans la rétraction du caillot et dans leur agglutinabilité, phénomène indispensable à la formation du caillot. Ces propriétés réapparaissent après la splénectomie. Aux altérations des plaquettes s'associent des troubles dans la fonction des parois des capillaires dont témoignent le signe du lacet et la production des taches purpuriques aux jambes après une station debout prolongée. Ces troubles disparaissent progressivement après l'intervention.

P.-L. MARIE.

REVUE DES JOURNAUX

LYON MÉDICAL

Tome CXXXIII, n° 2, 13 Janvier 1924.

L. Gallavardin. ***Du souffle anorganique sous-aortique ou aortique.*** — Les souffles systoliques de la région précordiale ne cessent de donner lieu à des erreurs journalières. On est étonné du nombre de péricardites de la base, d'aortites, de rétrécissements aortiques, de lésions mitro-aortiques, parfois même de rétrécissements pulmonaires ou de maladies de Roger, qui ne sont autre chose que des souffles anorganiques dépourvus de toute signification. Pour Tripier et Devic, c'est dans le cœur, dans le défilé infundibulaire qui précède l'orifice pulmonaire, que se trouve l'origine du souffle anémique précordial. La description de G. diffère de celle de ces auteurs.

Pour lui, en effet, il n'existe pas un, mais 2 souffles anorganiques précordiaux. Il y a le souffle anorganique infundibulaire ou pulmonaire, de beaucoup le plus commun et qui répond à la plupart des caractères assignés par Tripier et Devic au souffle anorganique précordial; et il y en a un autre, qu'on peut appeler le *souffle anorganique sous-aortique, ou aortique* moins fréquent, et dont G. précise les caractères.

Ce souffle se montre surtout chez des sujets âgés et de préférence, mais non obligatoirement, dans des cœurs hypertrophiés. Son maximum est le plus souvent sur le bord gauche de la partie inférieure du sternum. Il peut acquérir une grande propagation, en haut propagation claviculaire bilatérale, en bas jusqu'à la pointe du cœur, simulant un souffle mitral, mais sans dépasser la pointe; il peut ainsi arriver à couvrir tout le plastron costo-sterno-claviculaire. La palpation attentive décèle parfois quelques légères vibrations au maximum du souffle. D'ordinaire remarquablement fixe, ce souffle peut dans certains cas varier d'un jour à l'autre ou suivant l'attitude.

Au cours de vérifications anatomiques, l'orifice aortique fut trouvé absolument indemne, mais le doigt trouvait un défilé sous-aortique en tous points analogue à l'infundibulum qui précède l'artère pulmonaire; c'est là, d'après G., que se produit ce souffle. Quant aux lésions athéromateuses de l'aorte, qu'on a souvent incriminées, G. pense qu'elles ne jouent aucun rôle dans sa production.

G. relate 6 observations typiques, dans lesquelles ce souffle était *solitaire*. En pareil cas il faut surtout le différencier du souffle du rétrécissement sous-aortique ou du souffle de Roger.

Ce souffle peut aussi être associé à l'insuffisance aortique. Enfin, il peut coïncider avec un souffle de la pointe, et G. aborde la question des *souffles dits mitro-aortiques*. Il estime absolument exceptionnel que ces derniers souffles correspondent réellement à 2 lésions d'origine artérielle, c'est-à-dire à un rétrécissement aortique athéromateux et à une insuffisance mitrale de même nature. Il y a de tout dans ces souffles. Le plus souvent, il s'agit d'un souffle de rétrécissement aortique à maximum basilaire qui, après avoir présenté une atténuation ou même une disparition dans la région méso-cardiaque, offre un second maximum à la pointe du cœur et se propage plus ou moins en dehors s'il est intense, sans qu'il existe aucune lésion mitrale concomitante : ce sont des souffles à 2 foyers, séparés par une vallée plus ou moins silencieuse. On peut aussi concevoir qu'un rétrécissement aortique organique puisse coexister avec une insuffisance mitrale fonctionnelle, par dilatation ventriculaire gauche. Enfin certains de ces souffles mitro-aortiques sont dus à un souffle anorganique sous-aortique à grande propagation et dépassant la pointe en dehors, ou encore au même souffle, plus limité, mais coexistant avec un souffle d'insuffisance mitrale organique ou fonctionnelle.

L. Rivet.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Tome XCVI-CI, n° 1, 10 Janvier 1924.

Jacques Carles. ***Impétigo et néphrite impétigineuse.*** — C. relate 3 observations de néphrite impétigineuse, dont deux recueillies sur des enfants et une chez un adulte.

Il conclut de ces faits que, chaque fois qu'on traite des affections impétigineuses, il faut analyser et surveiller minutieusement l'état des urines. Bien que rare, la néphrite impétigineuse est une complication sérieuse qu'il importe de prévenir. En présence d'une néphrite impétigineuse, le régime et le traitement de la complication rénale sont insuffisants; il faut avant tout guérir le plus rapidement possible l'infection cutanée causale.

Par son début souvent brusque, les œdèmes qui l'accompagnent, l'anurie ou l'oligurie, l'hématurie, la néphrite impétigineuse est à rapprocher de la néphrite scarlatineuse. Il convient de remarquer que, dans ces deux variétés de néphrites, c'est le streptocoque ou les produits septiques dont il occasionne la formation qui paraissent responsables de l'inflammation rénale observée.

L. Rivet.

Henri Bernard. ***La teinture d'iode à hautes doses chez les tuberculeux pulmonaires.*** — L'expérience de l'auteur, basée sur plus de deux cents observations, lui a montré que, pour l'application de la méthode, il ne faut pas tant tenir compte de l'état des lésions tuberculeuses que de la façon dont les malades réagissent au traitement. A ce point de vue, il divise les malades en trois catégories :

1° Ceux qui supportent bien l'iode à haute dose : ce sont d'une façon générale les prédisposés et les tuberculeux confirmés au premier degré. L'état de l'estomac n'est pas négligeable, mais ce qui est essentiel, c'est la bonne volonté et la confiance du malade, qui ne doit pas renoncer au traitement pour de petits inconvénients.

2° Ceux qui supportent difficilement l'iode, qui leur occasionne des aigreurs et des vomissements.

3° Ceux qui ne supportent pas l'iode et chez lesquels il ne faut pas insister : il s'agit habituellement de tuberculeux à marche rapide.

B. emploie une préparation composée de 100 gr. de teinture d'iode au 1/10 (ancien Codex) dans une quantité de glycérine suffisante pour faire 300 cmc. Chez les malades de la 1re catégorie, il donne le 1er jour 1 cuillerée à soupe; le 2e jour, 2 cuillerées à soupe; le 3e jour, 3, et ainsi de suite jusqu'à 5, 6 ou 7 cuillerées à soupe par jour. La dose quotidienne doit être bien mélangée la veille au soir dans un litre de lait tiède; le lait est ensuite bu dans la journée en 7 ou 8 fois. Des précautions spéciales doivent être prises avec les malades de la seconde catégorie, et il faut chez eux observer une progression très lente.

Les résultats obtenus chez les malades de la première catégorie sont remarquables, à de très rares exceptions près, au dire de l'auteur, qui relate 8 de ses observations.

Il importe de tâter la susceptibilité gastrique avant de recourir aux hautes doses, qui le plus souvent sont bien supportées. On doit atteindre une dose de 1.500 gouttes (quinze cents) par jour pour obtenir un effet utile et l'on peut même largement dépasser cette dose sans crainte d'accidents; les éruptions qui parfois se manifestent ne sont pas une contre-indication et ne présentent pas de gros inconvénients.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU REIN ET DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

(*Paris*)

Tome 1, n° 5, 1er Décembre 1923.

D. Courtade. ***De l'ionisation dans les urétrites.*** — Contre-indiquée dans le traitement de l'urétrite aiguë, l'ionisation peut être employée avec prudence dans certaines urétrites subaiguës, surtout quand il existe des phénomènes douloureux névralgiques intenses. On recourt alors à l'ionisation négative au moyen d'une solution de *salicylate de soude* à 1 pour 200; pendant le lavage urétral fait avec cette solution, on électrise négativement le liquide qui pénètre dans l'urètre.

Mais c'est dans l'urétrite chronique que l'ionisation rend le plus de services; on peut se servir soit d'une *électrode nue* (béniqué du métal choisi), soit d'une *électrode électrolytique* (solution saline appropriée). Dans chacun des deux cas on peut mettre en relation l'urètre soit avec le pôle négatif, soit avec le pôle positif.

Un béniqué n° 40 ou 45 de cuivre, d'argent ou de zinc est placé dans l'urètre, préalablement lavé avec une solution très faible d'un sel du métal choisi; puis le béniqué est mis en relation avec le pôle positif; on dispose d'autre part sur le ventre et le périnée des électrodes indifférentes reliées au pôle négatif. Il ne faut pas dépasser 4 *à* 5 *milliampères* pendant 10 *à* 15 *minutes, deux fois par semaine*; l'ion métallique parti du béniqué se met en marche vers le pôle négatif; il ne va pas bien loin et se contente de pénétrer la muqueuse. Le béniqué positif adhère à l'urètre; aussi est-il bon de le mobiliser légèrement de haut en bas durant le passage du courant et de renverser le courant en fin de séance afin d'éviter de blesser la muqueuse en le retirant. Durant l'application, il est bon d'interrompre et de renverser plusieurs fois le courant, ce qui amène la contraction des fibres musculaires et l'évacuation complète des glandes.

On peut relier le béniqué et cette fois-ci un béniqué quelconque au pôle négatif, il n'y a alors nul phénomène d'adhérence, ni de danger d'excoriation de la muqueuse; la solution de chlorure de sodium dont l'organisme est imprégné, sous l'influence du courant, laisse déposer au pôle négatif de la soude dont on connaît l'action sclérolysante. L'électrolyse négative de l'urètre peut se faire au moyen d'un Kollmann; mais non l'électrolyse positive, le dépôt accessoire de HCl qui se produit altérant les articulations du Kollmann.

Si l'on se sert d'une électrode électrolytique, il faut recourir à l'ionisateur de l'auteur qui permet de maintenir commodément l'uretère rempli d'une solution électrolytique tout en laissant baigner au centre de la solution un mandrin du métal qui entre dans le sel employé (s'il s'agit d'électrolyse positive).

Dans l'électrolyse positive on emploie le *chlorure de zinc* à 1 pour 300, le *nitrate d'argent* à 1 pour 1.000, le *collargol* à 1 pour 100 (Minet); *deux fois par semaine*, on fait passer *pendant* 8 *à* 10 *minutes* un courant de 5 *à* 6 *milliampères*. On déplace légèrement l'ionisateur durant la séance.

Dans l'électrolyse négative, on recourt au *salicylate de soude* ou à l'*iodure de potassium*; c'est alors l'ion iode ou salicyle qui pénètre.

Dans l'électrolyse négative, outre l'action sclérolysante due à la soude qui se dépose sur la muqueuse, il y a encore cessation du spasme de la musculeuse urétrale, ce qui permet la béance des orifices des glandes infectées.

L'ionisation positive agit par action antiseptique des ions métalliques qui pénètrent la muqueuse.

Notons encore qu'alors que pénètre très aisément dans l'urètre un béniqué métallique relié au pôle négatif, il n'est pas facile et il est dangereux même pour la muqueuse de faire pénétrer dans l'urètre un béniqué relié d'abord au pôle positif; ce n'est que le béniqué en place qu'il faut le relier au pôle positif.

Wolfromm.

K. Petren (de Lund, Suède). ***Sur la question du traitement diététique du diabète grave.*** — P. soumet ses malades à un régime composé exclusivement de graisse (beurre et « bacon », privé de sa substance musculaire visible), de légumes (légumes dont le taux du sucre ne dépasse pas 5 pour 100 ou à la rigueur 6 ou 7 pour 100) et de fruits (d'une teneur équivalente en sucre : airelles rouges). La nourriture principale des malades se compose de choux blancs : certains en prennent jusqu'à 1 kilogr. par jour; les topinambours sont permis, mais tous les 2 ou 3 jours seulement et à doses limitées, pouvant d'ailleurs atteindre 200 à 300 gr.; plus tard on permet la crème épaisse, mais jamais plus de 150 gr. par jour.

Ce régime est continué jusqu'à ce que la teneur en sucre du sang s'abaisse à 1 gr. 2 ou mieux 1 gr. 1 par litre; les malades arrivés à la glycémie normale sont maintenus encore 2 semaines au régime sans azote; ensuite, on donne un peu de pain ou si le bilan négatif d'azote a été très prononcé pendant la période précédente, on commence par donner un, puis deux œufs par jour. L'enrichissement du régime doit être lent : 30 et même 20 gr. de pain par jour, augmentés de 10 gr. tous les 4 jours. Il faut que la

teneur du sang en sucre ne s'élève pas ; si elle atteint 1 gr. 3, on revient au régime strict ; des périodes de jeûne de 1 ou 2 jours, utiles quand le taux du sucre du sang s'élève, sont inutiles quand ce taux est redevenu normal. P. a très peur de la viande et du poisson, il a vu mourir en 6 jours de coma acide un malade contre l'acidose duquel il avait longtemps lutté par le régime qu'il préconise et auquel après une grande amélioration il avait cru pouvoir donner 150 gr. de viande.

Les symptômes qui démontrent la nécessité d'un régime aussi strict sont l'acidose et l'élévation du taux du sucre à 2 gr. 4 (toujours dosé dans le sang prélevé le matin à jeun) ; il faut être plus strict chez les malades jeunes que chez les malades âgés chez lesquels on peut laisser le sucre atteindre dans le sang une teneur supérieure à la normale.

Ces données ne s'appliquent pas au diabète d'origine cérébrale ni au diabète rénal.

Ce régime a permis à P. de ramener à une glycémie normale un grand nombre de malades ayant atteint une hyperglycémie de 2 gr. 4 ou, au moins, d'abaisser considérablement leur acidose et d'augmenter leur tolérance pour les hydrates de carbone. Aucun des malades traités pendant plus de 13 jours à sa clinique n'a succombé ; par contre, dès que les malades sortis de la clinique n'ont plus été soumis à ce régime, ils ont présenté une forte mortalité, qui a atteint d'ailleurs ceux qui, à la clinique même, avaient le moins profité du traitement.

Ce traitement est donc capable de prolonger la vie de malades gravement atteints ; soif et polyurie disparaissent et les malades retrouvent leurs forces et leur faculté de travail, s'il ne s'agit que d'un travail modéré.

P. compare son régime à celui d'Allen qui soumet les malades à un jeûne souvent prolongé et qui, par la nutrition insuffisante qui en résulte, les amène à un extrême état de faiblesse ; les malades d'Allen ne supportent pas la graisse, mais cela ne tient qu'à leur nutrition insuffisante ; suffisamment alimentés, les diabétiques supportent bien la graisse (250 gr. par jour).

L'azote alimentaire provoque rapidement, un certain seuil dépassé, l'acidose ; le régime de P. permet d'élever ce seuil. Il faut remarquer que, si chez un sujet normal le jeûne provoque l'acidose, chez un diabétique le jeûne n'a pas le même effet : la suppression des hydrates de carbone provoque bien de l'acidose, mais la suppression de l'azote la diminue ; or, ce facteur est plus efficace que le précédent et au total le jeûne produit une diminution de l'acidose chez le diabétique. La graisse provoque au début un certain degré d'acidose qui disparaît, si on continue strictement le régime indiqué. L'organisme du diabétique est plus sensible à l'albumine qu'aux hydrates de carbone. On ne peut parler de véritable amélioration de la maladie que quand la tolérance aux hydrates de carbone se maintient, sans que la quantité d'azote alimentaire ait été diminuée.

Ce régime donne une incontestable amélioration fonctionnelle. Donne-t-il une amélioration organique ? Il est difficile de l'affirmer ; en tout cas, il est capable de faire disparaître les phénomènes pénibles de la maladie et de prolonger la vie.

WOLFROMM.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Tome II, n° 48, 26 Novembre 1923.

Prof. Max H. Kuczynski (de Berlin). ***Nouvelles contributions à l'étude de l'amyloïde.*** — Dans un travail antérieur, K. a établi que l'amyloïde est une déviation pathologique du métabolisme des protéines : en soumettant des souris à une alimentation composée essentiellement d'œufs, de lait et de fromage, il a réussi à obtenir une *amyloïde alimentaire*, et cela en l'absence de toute infection (voir *La Presse Médicale*, 26 Mai 1923, analyses, p. 49).

Partant de cette considération que la matière amyloïde est un produit de dédoublement analogue aux peptones, qui, difficilement soluble, s'élimine mal par suite de la saturation générale des humeurs par des produits de dédoublement des albumines, K. a pensé que cette matière devait être susceptible d'une rétrocession lorsque les conditions d'élimination se trouvent changées.

Et, de fait, des expériences remontant déjà à 8 mois prouvent que l'amyloïde est parfaitement capable de se résorber.

Cette résorption se produit, d'ailleurs, suivant certaines règles : l'amylose de la rate est celle qui se résorbe le plus rapidement ; vient ensuite l'amylose du foie, alors que les capsules surrénales et surtout les reins peuvent encore rester dans le même état d'infiltration. Les ganglions lymphatiques se comportent comme la rate.

La durée de ce processus de rétrocession varie naturellement avec l'étendue de l'amylose. Dans un cas d'amyloïde très accentuée, consécutive à 56 injections de caséine (0 cmc 3 d'une solution à 3 pour 100), la résorption était en pleine évolution déjà au bout de 53 jours, encore que de nombreux foyers hépatiques restassent non modifiés. Au bout de cette même période, d'autres cas, où les lésions étaient moins étendues et d'origine plus récente, se trouvaient déjà presque complètement libérés.

L. CHEINISSE.

R. Thiel (d'Iéna). ***Recherches sur l'humeur aqueuse et sur le liquide céphalo-rachidien au cours de maladies du système nerveux central.*** — Ces recherches ont consisté à examiner l'humeur aqueuse à la lumière ultra-violette après ingestion de 2 gr. de fluorescéine sodique. Dans l'œil normal, la fluorescéine ne se laisse pas déceler de manière appréciable, tandis qu'il en est tout autrement dans les cas de glaucome, d'inflammations de l'iris ou des corps ciliaires et d'hypotension oculaire.

Th. croyait pouvoir attribuer ce phénomène à une perméabilité anormale ou à une hypersécrétion du corps ciliaire par suite d'altérations inflammatoires ou d'irritation exagérée. Mais, comme, au cours de recherches de contrôle, il eut l'occasion d'observer aussi le même phénomène de pénétration de fluorescéine dans l'humeur aqueuse chez des tabétiques, il étendit ses investigations à un plus grand nombre de sujets atteints de maladies du système nerveux central.

Il s'agissait de savoir si le passage exagéré de fluorescéine dans l'humeur aqueuse s'observe dans les cas où le même phénomène se produit dans le liquide céphalo-rachidien. En d'autres termes, les affections ci-dessus énumérées mises à part, peut-on conclure de cette constatation à une maladie des centres nerveux ? Th. croit pouvoir répondre par l'affirmative.

Les recherches ont porté sur 27 cas, dont 4 tabes, 3 paralysies tabétiques, 11 paralysies, 2 encéphalites léthargiques, 1 démence précoce, 1 névrite rétrobulbaire, 1 tumeur cérébrale avec méningite, 1 paralysie de l'oculomoteur, 1 syphilis cérébrale, 1 rétinite et 1 engorgement de la papille optique (*Stauungspapille*).

Une fluorescence nette a pu être mise en évidence chez tous les malades atteints de tabes (sauf 1), de paralysie tabétique, de paralysie, d'encéphalite léthargique, de névrite rétrobulbaire et de rétinite. Par contre, ce phénomène a fait défaut dans la démence précoce, ainsi que dans les cas de tumeur cérébrale, de paralysie oculomotrice, de syphilis cérébrale et d'étranglement de la papille.

La présence de fluorescéine dans l'humeur aqueuse commence à se manifester au bout de 45 minutes.

En ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, Kafka a constaté que le passage de fluorescéine débute au bout de 2 heures chez les paralytiques, et après le même délai ou plus tardivement chez les non-paralytiques. Chez les premiers, la teneur en fluorescéine est d'abord de 1 : 2.000.000 ; puis, au bout de 8 heures, de 1 : 750 000 ; au bout de 12 à 14 heures, de 1 : 250.000. Par contre, chez les seconds, elle ne dépasse, à aucun moment, le taux de 1 : 2.000.000.

Les valeurs enregistrées par Th. ont été quelque peu plus élevées, étant donné surtout que la ponction lombaire était pratiquée peu de temps après le passage de la fluorescéine dans l'humeur aqueuse. Dans le cas de tabes, de paralysie tabétique, de paralysies et d'encéphalite léthargique, la teneur en fluorescéine était, en moyenne, de 1 : 700.000. Elle était de beaucoup inférieure à ce chiffre, c'est-à-dire normale, dans le cas de démence précoce, dans la paralysie de l'oculomoteur, dans les cas de rétinite et de syphilis cérébrale. Dans la névrite rétrobulbaire et dans le cas de tumeur cérébrale avec méningite, la teneur était au-dessus de la moyenne de 1 : 700.000.

Dans la rétinite, la fluorescence de l'humeur aqueuse avec un chiffre normal dans le liquide céphalo-rachidien s'explique par les processus inflammatoires dans l'œil même (participation du corps ciliaire et de l'iris), tout comme, inversement, le taux élevé de fluorescéine dans le liquide céphalo-rachidien, dans la névrite rétrobulbaire et dans le cas de tumeur cérébrale avec méningite doit être attribué aux altérations inflammatoires des méninges.

L'ensemble de ces constatations apporte une nouvelle contribution à l'étude des rapports fonctionnels entre les plexus choroïdes et le corps ciliaire.

L. CHEINISSE.

Prof. G. Axhausen (de Berlin). ***Contribution au diagnostic des affections articulaires des doigts.*** — A. a eu l'occasion d'observer, à la Policlinique chirurgicale universitaire de Berlin, une série de cas d'une affection chronique singulière portant sur une ou plusieurs articulations digitales.

Les malades appartenaient surtout au sexe féminin, et la plupart d'entre elles étaient occupées à des travaux de ménage ou de cuisine. Elles déclaraient avoir assez brusquement ressenti un enraidissement douloureux d'une ou de plusieurs articulations de doigts, notamment de l'index et du médius, avec tuméfaction des articulations atteintes. Les moyens usuels (bains, frictions, massage, etc.) restaient sans le moindre effet.

Le diagnostic ne laissait pas que d'être embarrassant. Dans aucun de ces cas, il n'existait ni troubles de l'état général, ni douleurs très vives. Il n'y avait pas d'autres manifestations articulaires et l'on ne relevait ni atteinte antérieure de rhumatisme, ni prédisposition rhumatismale. Les hypothèses d'entorses, d'arthrites gonococciques, de tuberculose étaient à rejeter.

A. ne fut fixé sur la véritable nature de cette singulière affection que le jour où une malade lui déclara, pour la première fois, que le mal avait débuté par une rougeur de la peau du doigt atteint. Or, par une coïncidence remarquable, il apprit, le même jour, par un collègue de la Clinique des maladies de la peau, qu'au cours de l'érysipéloïde de Rosenbach (voir *La Presse Médicale*, 28 Février 1923, p. 204), il n'est pas rare d'observer des tuméfactions articulaires, particulièrement tenaces.

Dès lors, A. fut à même de se convaincre que la singulière affection chronique des articulations digitales n'était qu'une séquelle de l'érysipéloïde. Le succès du traitement par le sérum spécifique du rouget du porc confirma pleinement cette manière de voir. [Pour la question de l'identité de l'érysipéloïde et du rouget du porc, voir l'analyse du travail de Diemer dans *La Presse Médicale* du 14 Juillet 1923, p. 81].

L. CHEINISSE.

N° 49, 3 Décembre 1923.

J. Berberich et S. Hirsch (de Francfort-sur-le-Mein). ***La radiographie des artères et des veines chez l'homme vivant.*** — Il résulte des recherches instituées par B. et H. que le bromure de strontium, déjà employé par voie intraveineuse en thérapeutique, constitue le moyen de choix pour la radiographie des vaisseaux chez l'homme vivant.

En injectant dans le torrent circulatoire de 5 à 10 cmc d'une solution de bromure de strontium à 10 ou 20 pour 100 et en empêchant la circulation de retour par la stase artificielle, on réussit à obtenir aussitôt une radiographie de la région vasculaire correspondante. En faisant varier l'application de la stase, on peut ainsi obtenir l'image des divers districts vasculaires.

En fait de phénomènes collatéraux, il survient parfois, chez les sujets sensibles, un peu de douleur pendant l'injection, douleur qui disparaît aussitôt que l'obstacle à la circulation est levé. L'écoulement de la solution de bromure de strontium dans la musculature avoisinant le vaisseau ponctionné ne provoque pas d'irritation, et le contrôle radioscopique permet de constater que de pareilles infiltrations sont complètement résorbées au bout de 24 heures.

Afin d'éviter la réaction douloureuse et le risque de thrombose, B. et H. recommandent d'employer des solutions moins concentrées que celles dont on fait usage en thérapeutique.

Les figures jointes au présent travail montrent tous les détails de l'irrigation artérielle de la main, les ramifications des veines du bras et de l'avant-bras, les valvules des veines, etc.

Contrairement aux artères et veines périphériques, on n'a pas réussi, jusqu'à présent, à mettre en évidence par le même moyen les vaisseaux pulmonaires.

L. CHEINISSE.



Tome III, n° 1, 1er Janvier 1924.

A. Eckstein et A. von Szily (de Fribourg-en-Brisgau). *Lactation et carence de vitamines.* — Parmi les multiples recherches consacrées à la signification des vitamines, il en est relativement peu qui aient été instituées sur des animaux en cours de lactation. Le fait tient, peut-être, surtout aux difficultés techniques de pareilles expériences, les mères satisfaisant fréquemment leur besoin de vitamines en dévorant leurs petits. Malgré ces difficultés, E. et von S. ont entrepris une série de recherches consistant à donner à des rates blanches en lactation une nourriture exempte de vitamine A, ainsi que de graisse et de phosphore.

Ces recherches, qui ont été instituées sur 7 portées comprenant 39 animaux, ont montré chez les jeunes rats allaités des troubles graves de développement, confirmant ainsi les résultats obtenus antérieurement par Abderhalden, ainsi que par Mc Collum et Simmonds.

Mais le point nouveau qui ressort des recherches de E. et von S. réside dans les altérations constantes du cristallin : on se trouvait en présence de *cataractes* plus ou moins étendues, parmi lesquelles plusieurs cas de *cataracte zonulaire*.

E. et S. ont donc réussi à établir l'existence d'une nouvelle forme des maladies par carence, qui, par son tableau clinique et histologique, rappelle de près les formes courantes de cataracte chez l'homme.

Dans les cristallins, ils ont pu déceler la présence de calcium, d'où ils concluent qu'il s'agit, en l'espèce, d'un trouble du métabolisme du calcium.

Fait curieux, en soumettant à la même nourriture des rats plus âgés (de 6 à 7 semaines), on obtient du rachitisme, tandis que, chez les animaux n'ayant pas encore atteint ou ayant dépassé cet âge, on ne parvient pas à déterminer de rachitisme, pas plus que chez les jeunes rats qui tettent et qui, eux, sont atteints de cataracte. Par contre, chez les rats plus âgés, avec ou sans rachitisme, les lésions du cristallin faisaient défaut, mais chez une série d'entre eux on notait de la kératomalacie.

Ainsi donc, suivant l'âge de l'animal en expérience, on peut, au moyen d'une seule et même nourriture nocive, provoquer deux tableaux morbides divers : la cataracte zonulaire et le rachitisme Il y a donc une sorte de prédisposition des organes liée à l'âge.

L. Cheinisse.

N° 3, 15 Janvier 1924.

A. Eckstein (de Fribourg en-Brisgau). *Recherches expérimentales sur le rachitisme* — En soumettant des rats à une nourriture exempte de vitamine A, de phosphore et de graisse, on obtient des manifestations rappelant de près le rachitisme.

L'exposition des animaux en expérience à des irradiations produites par une lampe à arc exerce à l'égard de ce rachitisme expérimental un effet prophylactique.

A en juger d'après les recherches de E., il n'existerait aucun rapport direct entre le rachitisme et les arrêts de développement relevant également de la carence en vitamines.

Enfin, tout comme dans le travail précédent, E. insiste sur la *prédisposition d'âge*, qui intervient dans la genèse du rachitisme expérimental, au même titre que dans le rachitisme humain.

L. Cheinisse.

R. Weiss (de Prague). *Sur l'hyperfonctionnement du cœur pendant la grossesse.* — La question de l'hyperfonctionnement du cœur pendant la grossesse a été et est encore souvent discutée. On a voulu la résoudre, tout d'abord, par la recherche d'une hypertrophie du cœur qui serait comme le signe morphologique de cette hyperactivité durable. Mais la constatation d'une hypertrophie cardiaque par les méthodes d'exploration physique (percussion, examen radiologique, etc.) se heurte à des difficultés presque insurmontables par suite de changements de position que le cœur subit pendant la grossesse. Aussi a-t-on essayé de résoudre le problème par l'examen fonctionnel de la circulation sanguine, en mesurant notamment la pression artérielle. Mais celle-ci n'étant qu'un des éléments du travail fourni par le cœur, W. s'est appliqué à déterminer, au cours des dernières semaines de la grossesse, et la tension sanguine, et le volume du cœur à la minute (d'après la méthode décrite par A. Krogh et J. Lindhard).

Chez 8 femmes enceintes examinées de la sorte, W. a constaté, pendant les dernières semaines de la grossesse et à l'état de repos, une pression sanguine normale, un volume du cœur à la minute augmenté de 45 à 85 pour 100 et un abaissement de l'utilisation du sang, c'est-à-dire une diminution de la quantité d'oxygène abandonnée par 1 litre de sang. Dans la plupart des essais effectués par Krogh et Lindhard, le sang circulant abandonnait de 30 à 40 pour 100 de sa teneur en oxygène, alors que chez les femmes enceintes ce coefficient d'utilisation est généralement compris entre 20 et 30 pour 100.

L'augmentation du volume du cœur à la minute est seulement en partie attribuable à la consommation plus grande d'oxygène; en partie, elle relève des modifications imprimées aux conditions mécaniques de la circulation sanguine, modifications se traduisant par l'élargissement du torrent circulatoire, par une augmentation de la masse sanguine et par un abaissement de la viscosité du sang.

L. Cheinisse.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

Tome XXXI, n° 1, Janvier 1924.

David M. Greig. *L'épaule surélevée d'origine congénitale, avec des considérations sur les sujets à cou court.* — L'élévation anormale de l'épaule peut s'observer dans plusieurs circonstances. Tantôt l'affection est isolée, non compliquée ; on peut alors invoquer une pathogénie musculaire, brièveté anormale ou spasme de certains muscles, parésie des antagonistes qui empêche la descente de l'omoplate vers sa situation normale, rétro-thoracique, au 4e mois de la grossesse. Tantôt il existe un moyen d'union scapulo-vertébral anormal, cartilage, os ou plutôt tissu fibreux reliant le bord spinal de l'omoplate à l'apophyse épineuse des dernières vertèbres cervicales ou des premières thoraciques. Cela a pu être mis en évidence chez des enfants très amaigris. Tantôt enfin, il y a association avec des malformations vertébrales ou costales ; normalement vertèbres et côtes s'ossifient avant la 9e semaine intra-utérine, époque où le cou s'allonge et où l'omoplate glisse du cou vers le thorax; s'il y a un trouble de cette ossification, les omoplates sont élevées par rapport au crâne, mais normalement situées par rapport au thorax, le déplacement apparent étant dû à l'absence de développement du cou.

Quant à la condition des « hommes sans cou », des « brevicollis », elle semble résulter d'une non-différenciation des segments cervicaux, lors de la 4e semaine. On peut voir l'association de cou court avec une épaule surélevée congénitale.

D'autre part, l'élévation anormale de l'épaule peut coexister avec des côtes cervicales. Les observations phylogénétiques et ontogénétiques montrent que l'élévation de l'épaule n'est pas due à la présence des côtes cervicales, mais que celles-ci se sont développées parce que, l'épaule n'étant pas descendue vers le thorax, les nerfs du plexus brachial n'ont pas acquis leur obliquité habituelle. Quand ces nerfs ont une direction anormale, quand le plexus a une constitution anormale, alors se réalise la tendance naturelle à la formation de côtes cervicales.

L'élévation anormale de l'épaule est une affection sans gravité, déterminant seulement un peu de gêne fonctionnelle. Il faut faire de grandes réserves sur l'opportunité d'une opération, car il y a des inconvénients à créer une vaste zone de tissus cicatriciels; ou y aura recours lorsque existe une connexion omo-vertébrale, tissu conjonctif qu'il est assez facile d'exciser; on pratiquera cette intervention dans la première enfance, avant que l'épaule ne soit trop solidement fixée.

J. Rouillard.

Paterson Brown. *Ulcères simples du jéjunum et de l'iléon.* — B. rapporte l'histoire de 2 malades chez qui la première manifestation a été une perforation et qui sont morts peu après l'intervention ; dans 1 cas, plusieurs ulcères de l'iléon terminal, dont un perforé; dans l'autre, un ulcère à 40 cm. de la valvule iléo-cæcale.

Les vrais ulcères simples de l'intestin ne comprennent ni les ulcérations dysentériques tuberculeuses, cancéreuses ou urémiques, ni les ulcères secondaires à une gastro-jéjunostomie, ni ceux qui se développent au voisinage d'une occlusion.

L'ulcère simple se voit plus souvent sur l'iléon que sur le jéjunum, il siège sur le bord libre; il a une évolution aiguë avec une très légère réaction inflammatoire, une faible induration de voisinage; la perforation est fréquente.

Au point de vue étiologique, il y a plusieurs points à discuter : 1° la syphilis; sans doute une affection obscure apparaissant chez un syphilitique à Wassermann positif peut être attribuée à la syphilis: c'est le cas pour quelques-uns seulement des malades atteints d'ulcère de l'intestin; la syphilis n'est donc pas exclusivement en cause, d'autant plus que, dans les cas avérés, la syphilis intestinale fait plutôt des sténoses; — 2° l'infection; Rosenow reproduit chez l'animal des ulcérations intestinales par l'injection de streptocoques qui avaient causé des ulcères gastriques; — 3° la présence d'éléments épithéliaux anormaux; de même qu'on a trouvé dans la muqueuse de l'estomac, au voisinage d'ulcères, des fragments de muqueuse intestinale, on a trouvé dans le duodénum ou le jéjunum des fragments de muqueuse gastrique ; ces fragments isolés seraient plus aptes à subir les causes de destruction. Quant à l'acidité du contenu jéjunal, il ne semble pas qu'elle puisse être jamais assez forte pour que la muqueuse soit digérée.

Au point de vue clinique, bien souvent les antécédents connus sont réduits à presque rien; d'autres fois, les malades se plaignent de troubles dyspeptiques variés durant depuis des mois ou des années, douleurs apparaissant très tardivement après les repas, calmées par l'ingestion d'aliments, siégeant à la région médiane de l'abdomen, assez bas, et pouvant irradier à la région lombaire.

La perforation, le plus souvent, est l'accident révélateur : on fait bien le diagnostic de la perforation, mais non de la cause; les symptômes locaux sont plus accentués d'abord dans la fosse iliaque droite, puis ils se généralisent.

Le traitement chirurgical doit être précoce; plutôt que l'entérectomie, on fera l'oblitération de la perforation; on drainera.

J. Rouillard.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Tome LXXXI, n° 25, 22 Décembre 1923.

K. Kinard (de Kansas City). *Néphrostomie pour pyélolithiase bilatérale récidivante dans un cas de rein en fer à cheval.* — Le fait rapporté par K. a trait à un homme de 33 ans, qui fut opéré une première fois, en Avril 1921, pour lithiase rénale. L'intervention mit en évidence un rein en fer à cheval, avec calculs dans les 2 bassinets. Ces calculs furent enlevés; il y en avait 2 dans le bassinet gauche, qui pesaient respectivement 24 gr. 35 et 6 gr. 57; du bassinet droit, on retira un calcul pesant 6 gr. 22. L'incision lombaire fut prolongée jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, en vue d'un examen plus approfondi du rein en fer à cheval. On fut ainsi à même de constater que le rein gauche mesurait environ 15 cm. de long et se trouvait soudé par son pôle inférieur au pôle inférieur du rein droit. Le rein droit mesurait environ 7 cm. et demi de long; son bassinet et son uretère étaient situés à gauche de la ligne médiane. Chaque bassinet était dilaté, mais le rein proprement dit n'était pas endommagé, à en juger par les apparences. La plaie fut fermée de manière à permettre un drainage postérieur.

Les suites opératoires furent mouvementées, accompagnées de fièvre élevée et de frissons. Le patient continua, d'ailleurs, à avoir de la fièvre, et, 6 mois plus tard, son état s'aggrava au point de nécessiter une nouvelle hospitalisation. Le cathétérisme urétéral montra de la pyurie du côté gauche. L'emploi d'un auto-vaccin resta sans effet. Par contre, des lavages à travers une sonde laissée à demeure, pendant 5 jours, dans l'uretère gauche amenèrent une certaine amélioration.

L'examen radiographique, pratiqué après injection de 40 cmc d'une solution de bromure de sodium à 15 pour 100 dans le bassinet gauche et de 12 cmc de solution de thorium dans le bassinet droit, montra 9 ombres dans la région rénale gauche.

Une nouvelle intervention chirurgicale s'imposait. Deux opérations paraissaient possibles : on pouvait procéder à l'ablation transpéritonéale des concrétions, ou bien, laissant celles-ci en place, pratiquer une néphrostomie. La gravité de l'état général du

malade et la rapidité avec laquelle la lithiase avait récidivé firent préférer la seconde opération. Une incision, partant du 12e angle costo-vertébral et se prolongeant obliquement jusqu'à l'épine antéro-supérieure gauche, mit à découvert le rein gauche, qui fut incisé sur une étendue d'environ 7 cm. et demi. L'uretère ne renfermait ni pus apparent, ni calculs: mais on se trouva en présence d'une masse épaisse contenant du gravier et qu'on enleva aussi complètement que possible à l'aide d'éponges. Un drainage permanent du rein et du bassinet gauche fut établi, qui permit au patient de se rétablir.

On remarquera qu'au point de vue de la sécrétion urinaire, le rein droit était, en l'espèce, complètement indépendant du rein gauche, ce qui cadre bien avec les données embryologiques que K. passe en revue dans la première partie de son travail.

L. Cheinisse.

Tome LXXXII, n° 1, 5 Janvier 1924.

W. H. Brown et **Louise Pearce** (de New-York). ***La tryparsamide; son action et son emploi.*** — L'action de la tryparsamide (sel de sodium de l'acide *N*-phénylglycineamide-*p*-arsonique) a été étudiée, à l'Institut Rockefeller, d'abord par P. et B. dans les trypanosomiases expérimentales, puis par P. dans les trypanosomiases humaines.

Les effets trypanocides de ce médicament ont été décrits dans un « Mouvement Thérapeutique » paru dans *La Presse Médicale* du 27 Janvier 1923.

Quant à son action dans la syphilis (voir *La Presse Médicale*, 11 Août 1923, analyse, p. 93), elle doit être acceptée avec certaines restrictions. Comme tréponémocide, il n'y a rien à en attendre ou presque, au moins dans les phases de la maladie où les tréponèmes sont nombreux dans toutes les parties de l'organisme, et à une période où celui-ci n'a pas encore acquis la résistance nécessaire pour s'opposer aux progrès de l'infection. Par contre, la tryparsamide devient indiquée dans les stades ultérieurs de la syphilis, lorsque les spirochètes se localisent dans des régions inaccessibles aux agents thérapeutiques usuels, ou lorsque le facteur de résistance entre en jeu et que l'évolution de la maladie se détermine, dans une grande mesure, par le degré de résistance que l'individu peut mettre en œuvre. En d'autres termes, ce médicament se recommande moins par son action parasiticide que par son haut pouvoir de pénétration et par le renforcement de la résistance naturelle qu'il provoque.

L. Cheinisse.

M. Weiss et **L. Izgur** (de New-York). ***La syphilis comme facteur étiologique de la déficience mentale.*** — Le rôle de la syphilis dans l'étiologie des défectuosités mentales étant très discuté, W. et I. ont entrepris, au « City Children's Hospital » de New-York, une enquête qui a porté sur 1.633 enfants anormaux.

La réaction de Wassermann ne se montra positive que dans la proportion de 2,5 pour 100.

Cliniquement, 777 de ces enfants furent soumis à un examen minutieux au point de vue de la présence possible de stigmates de la syphilis : kératite, périostite, dents de Hutchinson, rhagades, déformations nasales, adénopathie épitrochléenne. 120 enfants, c'est-à-dire 15,5 pour 100, présentaient au moins un de ces stigmates; mais, sur ce nombre, 13 seulement offraient plus d'un stigmate. Sur les 107 autres, on en comptait 85 avec adénopathie épitrochléenne uni ou bilatérale. Autrement dit, sur les 120 cas dans lesquels on pouvait, en se basant sur l'examen clinique, soupçonner l'existence de la syphilis, environ 71 pour 100 avaient, comme seul signe suspect, une adénopathie épitrochléenne, et c'est vraiment trop peu pour que, en l'absence de tout autre signe, on puisse considérer ces enfants comme syphilitiques.

Chez un seul malade, W. et I. ont pu retrouver le tableau classique de la syphilis héréditaire tardive : dents de Hutchinson, ensellure de la racine du nez, kératite interstitielle.

L. Cheinisse.

F. K. Hansel (de Rochester). ***Rhinite vaso-motrice.*** — On connaît le développement qu'a pris, au cours de ces dernières années, l'étude des facteurs étiologiques de la rhinite vaso-motrice et, en particulier, de la rhinite vaso-motrice saisonnière, désignée sous le nom de *fièvre des foins*. Il est, toutefois, des cas où les symptômes morbides persistent pendant des années, sans qu'il y ait un rapport net avec les saisons.

Le présent travail est basé sur l'étude de l'évolution clinique et des effets du traitement dans 100 cas de rhinite vaso-motrice, observés à la « Mayo Clinic » durant ces 2 dernières années.

H. estime que l'on peut établir 2 types distincts de rhinite vaso-motrice : 1° le type réflexe où l'on ne peut déceler une sensibilisation bien définie à l'égard d'une protéine quelconque, et 2° la rhinite vaso-motrice relevant d'une sensibilisation à l'égard des protéines d'origine animale ou bactérienne, à l'égard d'émanations animales ou de pollens.

Dans le type réflexe, outre les conditions pathologiques locales, peuvent encore intervenir d'autres facteurs, tels que l'âge, le sexe (les femmes sont atteintes beaucoup plus fréquemment que les hommes), la profession (poussières irritantes), le climat, les prédispositions individuelles (sujets nerveux, débiles, anémiques).

Cette rhinite vaso-motrice du type réflexe se traduit surtout par des éternuements, avec écoulement nasal et obstruction du nez; à titre de symptômes associés, on note du larmoiement, de la céphalée, de la surdité périodique, de l'asthme et de la bronchite. Toutes ces manifestations peuvent se combiner diversement et semblent peu en relation avec les saisons.

Dans la rhinite par sensibilisation aux protéines, l'anaphylaxie et l'allergie doivent être considérées comme les facteurs essentiels, mais il existe généralement d'autres causes, plus ou moins importantes.

Le mécanisme nerveux est le même dans tous les cas, et l'état local se présente de façon uniforme : la muqueuse nasale est pâle, tuméfiée, avec dégénérescence ou hyperplasie polypoïde.

Le traitement consiste à écarter toutes les causes possibles du mal et à agir sur le ganglion sphéno-palatin par des applications locales. H. a obtenu de bons résultats par l'emploi du nitrate d'argent, en solutions dont le titre de concentration variait de 12 à 50 pour 100. Le cas échéant, une intervention opératoire judicieuse pourra remédier à l'obstruction nasale et contribuer à la récupération de la fonction respiratoire normale du nez.

Parfois, le patient se trouvera bien d'un changement de climat, et cette mesure devra notamment être essayée dans les cas où tous les autres moyens thérapeutiques auront échoué.

L. Cheinisse.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Tome XXXV, n° 395, Janvier 1924.

A. R. Felty. ***Un syndrome peu habituel: arthrite chronique associée à de la splénomégalie et à de la leucopénie.*** — F. signale une association peu banale d'arthrite chronique, de splénomégalie et de leucopénie qu'il a rencontrée 5 fois chez des sujets ayant passé 40 ans. La maladie débute par un amaigrissement progressif et accentué, avec état de nutrition défectueux. Les arthropathies sont d'allure essentiellement chronique; elles s'installent graduellement ou de façon aiguë, se traduisant par des douleurs diffuses dans les extrémités, assez peu intenses mais continues et présentant parfois des exacerbations. Contrastant avec le caractère généralisé de la douleur et l'évolution prolongée de la maladie, les symptômes objectifs, cliniques et radiologiques sont limités et n'indiquent pas un processus grave; les altérations observées sont de nature relativement bénigne.

La rate, ferme et indolore, pouvait être sentie à la palpation dans tous les cas : 2 fois elle débordait le rebord costal, 2 fois elle descendait jusqu'à l'ombilic qu'elle dépassait chez le dernier malade. Dans 3 cas, les ganglions axillaires, épitrochléens et inguinaux étaient augmentés de volume. Tous les malades présentaient une pigmentation jaune brunâtre de la peau, presque toujours limitée aux régions découvertes.

Outre une anémie légère, il existait une leucopénie très frappante, au-dessous de 3.000 globules blancs, sans modifications de la formule leucocytaire.

En face de ce tableau, si semblable chez les différents malades, on peut penser soit à une entité nosologique spéciale, comparable peut-être à la maladie de Still de l'enfant (association d'arthrite chronique, de splénomégalie, d'hypertrophie ganglionnaire, mais sans leucopénie), soit à la coïncidence de deux affections classées, et surtout de rhumatisme chronique et de maladie de Banti. Toutefois la similitude frappante du syndrome observé chez ces malades et l'étrangeté d'une coïncidence ne plaident guère en faveur de cette dernière éventualité. Quoi qu'il en soit, l'étiologie reste très obscure, la syphilis pouvant être exclue.

P.-L. Marie.

R. H. Major. ***Xanthome diabétique.*** — Le xanthome diabétique est une affection plutôt rare; M. n'a pu en relever que 74 cas dans la littérature. Il en a observé lui-même 3 cas dans lesquels il a pratiqué des recherches chimiques intéressantes sur le sang et où 2 fois il a pu mettre en œuvre le traitement par l'insuline.

Cliniquement, l'affection se présentait sous son aspect habituel : élevures ressemblant à des papules ou à des tubercules, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une fève, de couleur jaune, isolées ou confluentes, formant des amas plus ou moins volumineux, disséminés sur tout le corps, mais occupant de préférence les membres et surtout les coudes, les genoux, les fesses.

Ces 3 malades présentaient de la lipémie et de l'hypercholestérinémie (respectivement 0 gr. 42, 0 gr. 63, 0 gr. 53 de cholestérine pour 100 cmc de plasma). Un de ces malades qui était dans le coma mourut presque aussitôt après son admission; les 2 autres purent être traités par l'insuline; l'un d'eux était en imminence de coma. Chez celui-ci, l'insuline fit disparaître la lipémie en 4 jours; rapidement l'hyperglycémie et l'hypercholestérinémie retombèrent au voisinage de la normale. Au bout d'un mois, le xanthome, formé d'éléments de petite taille, avait complètement disparu. Le dernier malade, un diabétique de 26 ans, sous l'influence de l'insuline, vit disparaître, en même temps que l'hyperglycémie et l'hypercholestérinémie, les nodules les plus petits, tandis qu'aucun changement ne se montrait dans les endroits où les éléments étaient plus volumineux ou confluents, constatation qui concorde avec celle que nous avons nous-même faite avec Balzer chez un diabétique atteint de xanthome dont les éléments miliaires s'effacèrent rapidement après l'institution du régime alors que résistèrent les éléments lenticulaires. Chez le malade de M., la continuation de l'insuline pendant plusieurs mois n'amena pas une grande amélioration ultérieure. Il semble qu'il faille dans la guérison du xanthome tenir compte de 2 facteurs : la disparition de l'hypercholestérinémie et de la lipémie, que peut procurer l'insuline; la vascularisation insuffisante des éléments xanthomateux, surtout lorsqu'il s'agit des éléments volumineux, qui ne permet pas la résorption des graisses, des lipoïdes et de la cholestérine qui y sont accumulés. M. a tenté d'augmenter l'irrigation cutanée en injectant localement de l'éther qui a de plus l'avantage de dissoudre les substances déposées dans les nodules; mais la méthode, trop douloureuse, a dû être abandonnée.

Le xanthome diabétique est fonction du trouble du métabolisme des graisses bien plus que des modifications du métabolisme hydrocarboné. La lipémie semble indispensable à sa production. Le traumatisme intervient parfois comme M. l'a vu chez un jeune diabétique hypercholestérinémique qui présenta au niveau de piqûres de moustiques des nodules jaunâtres de xanthome qui disparurent avec le traitement par l'insuline.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIV, n° 3, 19 Janvier 1924.

Prof. A. Gilbert et J. Jomier. ***La fonction graisseuse du poumon.*** — G. et J. présentent une synthèse de leurs recherches sur le rôle important joué par le poumon dans le métabolisme des graisses, rôle qui a été remis à l'ordre du jour notamment par les recherches récentes de Roger et Binet.

Etudiant le poumon de chiens normaux, G. et J. ont signalé la présence de masses graisseuses dans les *capillaires sanguins* des alvéoles : cette graisse y parvient par le courant artériel Les masses graisseuses du courant artériel, parvenues dans les capillaires, entrent en coalescence, et, dilatant à l'extrême le vaisseau qui les contient, adhèrent aux parois de celui-ci, s'y fixent en sorte de thrombus, plus ou moins longtemps, réalisant un mode d'adipopexie. Le poumon normal présente ainsi des blocs graisseux intracapillaires absolument comparables à ceux décrits dans l'embolie pulmonaire graisseuse; et, par suite de la rupture du vaisseau qui les contient, ces blocs peuvent, comme dans l'embolie graisseuse, mais rarement, tomber dans la cavité de l'alvéole et y apparaître entourés de globules sanguins épanchés. En outre, une quantité notable de graisse est retenue dans le poumon par des éléments cellulaires spéciaux, répartis indistinctement à travers tout le parenchyme, les *cellules à graisse et à poussière* du poumon, qui peuvent contenir l'un de ces éléments ou les deux simultanément. Ces cellules se trouvent tantôt dans les parois alvéolaires, à l'intérieur ou en dehors des capillaires sanguins, tantôt dans la cavité de l'alvéole ou dans la lumière des bronches; ces éléments, doués de pouvoir macrophagique, n'auraient pas une origine leucocytaire, mais dériveraient de l'épithélium alvéolaire. Enfin, on trouve encore de la graisse dans le poumon : dans le tissu cellulo-adipeux qui entoure les bronches à nodules cartilagineux et dans les cellules de ces nodules; à l'intérieur de quelques cellules du revêtement alvéolaire; dans l'épithélium bronchique.

En somme, la graisse parvenue jusqu'aux capillaires par l'artère pulmonaire s'arrête dans quelques-uns de ces capillaires; une partie de cette graisse est rendue à la circulation générale par la veine pulmonaire; une partie doit être consommée sur place; une partie enfin s'élimine dans les bronches. En fait, Roger et Binet ont montré que le sang perd 10 pour 100 de sa graisse au niveau du poumon (lipopexie pulmonaire) et ont démontré sa consommation sur place (lipodiérèse pulmonaire).

G. et J. résument ensuite leurs recherches histologiques sur la graisse du foie et l'adipopexie hépatique. Ils envisagent les localisations de la graisse à l'intérieur des capillaires sanguins sous forme d'embolies thrombosantes, dans les cellules de Kuppfer, dans les cellules hépatiques. Puis ils étudient l'évolution de la graisse dans le foie, où une partie de la graisse doit être consommée sur place (lipodiérèse).

Ceci les amène à comparer les fonctions graisseuses du poumon et du foie, et notamment l'importance de la consommation sur place dans les deux organes. Les recherches de Roger et Binet ont montré que l'activité lipodiérétique du poumon est plus intense que celle du foie. Ce fait, ainsi que le beaucoup plus grand développement en volume du poumon, expliquerait que, bien que le sang qui aborde cet organe soit le plus riche en graisse à cause de l'apport tout proche du canal thoracique, les capillaires pulmonaires soient moins uniformément garnis de cette substance que ceux du foie, une grande partie de celle-ci étant rapidement détruite. L. Rivet.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

Tome XCVII, n° 5, 15 et 17 Janvier 1924.

J. Le Calvé (de Redon) ***Crise vasculo-sanguine par chlorure de sodium chez des cardio-rénaux.*** — Le C. a fait prendre à jeun à des sujets normaux 400 gr. de lait additionné de 10 gr. de sel; la pression était prise 5 minutes après le repas, puis de quart d'heure en quart d'heure pendant 2 heures. Il a vu alors la pression maxima s'élever de 1 à 2 divisions, subir un certain fléchissement après la demi-heure, remonter ensuite très légèrement on se maintenir en palier, puis se redresser et venir avoisiner son point de départ vers la deuxième heure. La minima reproduit assez fidèlement ces oscillations.

Chez des cardio-rénaux, on voit, au contraire, de la 5e à la 20e minute, après le repas salé, la pression maxima descendre de 2, 3 cm., pour atteindre parfois 5 cm au bout de l'heure, après quoi elle remonte graduellement à son point de départ.

Pendant ce temps, on ne note aucune modification marquée sur le réflexe oculo-cardiaque, ni dans le chiffre des globules rouges, mais il y a des modifications de la coagulabilité, des modifications dans le chiffre et le pourcentage des leucocytes; il y a augmentation de la teneur du sang en sel et modification du taux des albumines sériques.

Le chlorure de sodium provoque donc chez les cardio-rénaux œdémateux une crise vasculo-sanguine, dont l'élément capital, l'abaissement de la tension vasculaire, facilite le passage à travers la paroi des vaisseaux. L'auteur pense que le chlorure de sodium déclenche une réaction vaso-motrice tendant à l'autorégulation du sang. L'eau chassée dans les tissus après la stimulation initiale des vaso-moteurs par le NaCl peut rentrer dans le sang pour être éliminée par le rein, mais quand celui-ci est imperméable, eau et chlorure demeurent dans les tissus et constituent l'œdème. L. Rivet.

LYON MÉDICAL

LVIe année, tome CXXXIII, n° 5, 3 Février 1924.

Favre, Contamin et Martine. ***La dermite pigmentée et purpurique et les phlébites chroniques syphilitiques des membres inférieurs. Syphilis et ulcères dits variqueux*** — Il est très fréquent d'observer, sur les téguments des membres inférieurs, des placards plus ou moins étendus de teinte généralement brune, dont le siège d'élection est la partie inférieure des jambes. Il coexistent avec des altérations diverses du système veineux et se compliquent souvent d'ulcérations cutanées rebelles. Il s'agit de lésions tégumentaires complexes, liées à des altérations vasculaires, surtout veineuses, et que l'on décrit communément sous le nom, tout à fait impropre, d'eczémas et d'ulcères variqueux. Sur la peau infiltrée et dure, on note une pigmentation parfois légère, jaune clair, très souvent plus foncée, de teinte brune ou brun violacé. La coloration violette est chez certains malades extrêmement nette : placards de teinte aubergine, due à des infiltrats purpuriques.

Il est commun de noter, au voisinage des zones pigmentées, des ilots de dépigmentation; dans ces cas, sur de vastes surfaces ou sur des points circonscrits, les régions tégumentaires atteintes présentent un aspect leucomélanodermique évident. La configuration de ces placards, comme aussi la dimension des surfaces qu'ils recouvrent, sont très variables. Il est des cas où la pigmentation se borne à une tache circonscrite siégeant sur une jambe, alors que, chez d'autres malades, les altérations cutanées, diffusément étendues, envahissent les jambes et les pieds.

Parfois on note des ulcérations plus ou moins étendues, tantôt circonscrites, à fond rouge, saignant parfois facilement et spontanément, tantôt creusées en tissus fermes, sans décollement des bords.

La radiographie faite systématiquement sur de nombreux malades montre des altérations profondes qui atteignent en particulier le tissu osseux. Sur le tibia, et surtout sur le péroné, on constate des épaississements osseux, des périostites circonscrites ou diffuses, dont le développement n'est nullement en proportion des lésions ulcéreuses cutanées.

Souvent on trouve sur les membres inférieurs des varices très étendues; mais il est essentiel de noter qu'il n'existe aucune relation constante entre le volume des varices et l'apparition des lésions cutanées. Ce que l'on constate chez ces malades, ce sont non pas de grosses varices, mais des veines dont les parois sont manifestement dures, qui donnent l'aspect de cordons pleins, noueux et bosselés. Ce ne sont donc pas toutes les varices qui produisent la dermite et l'ulcère dit « variqueux », mais bien des varices spéciales, dans lesquelles l'élément d'inflammation chronique créant l'induration de la veine et l'épaississement de ses parois est au premier plan. Il ne s'agit plus de varices, on est ici en présence de véritables phlébites chroniques.

Au point de vue étiologique, les auteurs estiment que la dermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs, souvent compliquée d'ulcérations, habituellement accompagnée de lésions osseuses et d'inflammation chronique des parois veineuses, se montre étroitement liée à l'*infection syphilitique* dont elle est une manifestation locale.

En fait, les phlébites avec périphlébite ou, pour employer un terme plus exact, les vascularites qui accompagnent les lésions complexes satellites de la dermite pigmentée et purpurique sont des phlébites et des vascularites syphilitiques.

Le traitement antisyphilitique a permis d'obtenir de remarquables succès en même temps qu'il apportait un nouvel argument, pleinement confirmatif, des données fournies par la clinique, la sérologie et l'examen anatomo-pathologique. Les auteurs ont pu non seulement guérir rapidement et définitivement des ulcérations indéfiniment récidivantes, mais ils ont vu disparaître graduellement des infiltrats périphlébitiques, comme aussi les placards cellulitiques épais et durs qui les accompagnent; ils ont pu en quelques jours obtenir la disparition de phlébites dites variqueuses dont on connaît la désespérante chronicité. R. Burnier.

STRASBOURG MÉDICAL

Tome LXXXII, n° 1, 5 Janvier 1924.

G. Canuyt et J. Terracol. ***Les céphalées : importance des sinus postérieurs (sinus sphénoïdal et ethmoïdal postérieurs) dans l'étiologie des céphalées.*** — Il existe des céphalées qui ne font pas leur preuve et demeurent inexplicables malgré tous les examens cliniques et les recherches de laboratoire. Elles doivent être considérées comme d'origine nasale. Une intervention sur les sinus postérieurs (sphénoïdal et ethmoïdal postérieurs) est susceptible de les soulager.

Il est parfois possible d'en préciser le *diagnostic* en se basant sur les caractères suivants :

1° *Anamnestiques.* — Le mal a commencé à apparaître avec un coryza. Les douleurs assez vives s'accompagnaient d'un léger vertige. L'écoulement nasal a cessé depuis longtemps et le malade n'établit pas de relation de cause à effet entre la céphalée et l'état de ses fosses nasales.

2° *Caractères de la céphalée.* — Il s'agit d'une céphalée profonde, pesanteur permanente au centre de la tête, parfois douleur en broche cervico-occipitale, parfois douleur rétro-orbitaire. Continue, elle trouble le sommeil, s'accompagne de vertiges, procède rarement par crises.

3° *Examen objectif.* — La cocaïnisation-adrénalisation permet d'examiner avec soin les parties profondes des fosses nasales (sphéno-ethmoïdales), d'y trouver parfois des sécrétions drainées sur les parties latérales du pharynx. La douleur à la percussion de la paroi postérieure doit être recherchée. La radiographie, le cathétérisme doivent être utilisés.

4° L'*examen général* ne doit jamais être négligé, pour éliminer toute autre cause possible de céphalée.

Le *traitement* comprend deux phases :

a) *Phase médicale* pendant laquelle on utilisera les badigeonnages d'adrénaline-cocaïne qui en décongestionnant la fente olfactive assurent un libre drainage et soulagent parfois des céphalées rebelles.

b) *Phase chirurgicale.* — En cas d'échec du traitement médical, la trépanation du sinus par voie des cornets ou mieux la voie endo-septale de Segura diminue la pression intranasale et supprime la céphalée. Robert-Leroux.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES
(Paris)

Tome VC, n° 3, 10 Février 1924.

Brocq. ***Les métissages et les infections secondaires dans le lupus vulgaire.*** — B. attire l'attention sur l'importance pratique des métissages et des infections secondaires dans l'évolution et le traitement du lupus vulgaire.

On voit rarement l'*épithélioma* se développer sur la surface d'un lupus vulgaire. Le traitement du lupus par les rayons X favorise le développement de cette complication mais le cancer peut se développer chez des lupiques qui n'ont pas été traités par ce procédé.

La *syphilis* peut dans de nombreux cas se marier intimement avec le lupus vulgaire. En présence d'un lupus vulgaire profondément infiltré, donnant au toucher et surtout au scarificateur une sensation de dureté et de résistance, rebelle au traitement local, il faut songer à la possibilité d'une hybride de syphilis et de lupus et instituer un traitement antisyphilitique par des injections de calomel, ou d'arsénobenzol, ou de bismuth.

Le lupus vulgaire se laisse facilement infecter par le *streptocoque*; mais contrairement à ce que l'on a dit, l'érysipèle n'exerce pas toujours une action bienfaisante sur l'évolution du lupus.

Les *staphylocoques* et les *streptocoques* peuvent infecter les surfaces lupiques et exercer sur la marche de cette affection une influence néfaste. B. distingue à ce point de vue 3 formes objectives de complications :

a) Une *forme impétigineuse* caractérisée par des pustules plus ou moins nombreuses et étendues, par des croûtes jaunâtres et noirâtres qui couvrent le lupus, par une extension relativement rapide des lésions. Cette forme réclame des pansements locaux minutieux analogues à ceux qu'on emploie contre les pyodermites, et dans les cas rebelles des injections de vaccins polyvalents antistaphylococciques et streptococciques.

b) Une *forme bourgeonnante*, caractérisée par la production à la surface du mal de sortes de bourgeons charnus serrés les uns à côté des autres, sécrétant une sérosité louche qui se concrète en croûtes ; l'aspect de la lésion est framboesiforme. Cette forme semble être rapidement modifiée par des injections intraveineuses de novarsénobenzol, localement par des scarifications linéaires quadrillées et des pansements au permanganate de potasse.

c) Une *forme à phagédénisme géométrique*, caractérisée par un bord infiltré, rouge vif, baigné de pus, nettement arrêté suivant une forme géométrique, taillé à pic en dedans, et par une extension rapide, essentiellement vorax. Cette forme réclame le traitement du phagédénisme par l'air chaud, les applications de bleu de méthylène, les pansements à l'iodoforme. Les injections d'électrargol ou d'arsénobenzol, les scarifications linéaires quadrillées ont également une action favorable. P. Burnier.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR

(*Paris*)

Tome XXXVIII, n° 1, Janvier 1924.

G. Ramon. ***Sur la toxine et sur l'anatoxine diphtériques : pouvoir floculant et propriétés immunisantes.*** — R. expose comment on peut effectuer le dosage de la toxicité par la floculation, au moyen d'une technique semblable à celle mise en œuvre pour le titrage de l'antitoxine. Il donne une table, au moyen de laquelle on peut très simplement doser le pouvoir toxique d'une toxine quelconque pendant son élaboration dans la culture, ou bien être renseigné sur la valeur maximum atteinte par ce pouvoir toxique, même lorsqu'il est en voie de diminution.

Au point de vue du temps d'apparition de la floculation, en présence d'un même sérum, des toxines différentes (récemment filtrées) floculent d'autant plus rapidement que leur pouvoir toxique est plus élevé; il y a, en somme, un rapport marqué entre le pouvoir toxique, la quantité d'antitoxine exigée pour floculer et la vitesse de floculation. Il n'en est pas ainsi pour les sérums : 2 sérums ayant la même teneur en unités d'Ehrlich floculent souvent en des temps très différents. Ce qu'on constate pour les toxines porte à croire qu'il y a peut-être dans les sérums une autre qualité que n'indique pas la méthode d'Ehrlich.

L'appréciation du pouvoir antigène, c'est-à-dire du pouvoir de déterminer *in vivo* l'immunité et la production d'antitoxine, n'est pas très facile lorsqu'il s'agit de toxine diphtérique. Il faut s'adresser à de grands animaux, comme le cheval. R. a pu ainsi établir que le pouvoir antigène ne dépend pas du pouvoir toxique « actuel », c'est-à-dire du nombre de doses mortelles injectées, mais qu'il va de pair avec le pouvoir floculant que possède la toxine au moment de son injection. Le pouvoir antigène d'une toxine diphtérique peut donc être facilement apprécié *in vitro* par le pouvoir floculant; il sera d'autant plus élevé que, dans la réaction de floculation, cette toxine exigera une plus grande quantité d'antitoxine pour floculer.

Ceci est confirmé par l'étude du pouvoir floculant et des propriétés immunisantes de la toxine rendue atoxique par le formol et la chaleur (anatoxine diphtérique). Par de très nombreux essais comparatifs de floculation *in vitro* et d'immunisation *in vivo* (sur le cobaye principalement), R. s'est rendu compte qu'une anatoxine se montre d'autant plus immunisante qu'elle exige pour floculer une plus grande quantité d'antitoxine. En outre, de deux anatoxines floculant en présence du même volume de sérum antidiphtérique, celle qui flocule le plus rapidement possède le pouvoir immunisant le plus élevé. Il importe donc, si l'on veut obtenir une anatoxine possédant le maximum de propriétés immunisantes, de recourir à la réaction de floculation, en particulier pour régler l'action des agents physiques et chimiques que l'on est susceptible de faire agir sur la toxine pour la transformer.

Ainsi l'anatoxine issue de la toxine diphtérique, dont elle peut avoir conservé les propriétés floculante et immunisante, mais dont elle n'a plus la nocivité, peut engendrer, dans un organisme vivant, une immunité et une production d'antitoxine dont les résultats obtenus par l'auteur permettent d'apprécier toute la valeur. Cette anatoxine diphtérique, dont le pouvoir immunisant sera évalué *in vitro* par la réaction de floculation, trouve naturellement son emploi dans l'immunisation et l hyperimmunisation des animaux. Grâce à son innocuité et au degré très élevé d'immunité qu'elle confère, elle paraît également indiquée pour la vaccination antidiphtérique de l'enfant. L. Rivet.

G. Sanarelli. ***De la pathogénie du choléra : le choléra expérimental.*** — Dans ce mémoire, S. montre que les vibrions cholériques, introduits dans l'organisme par voie sous-cutanée ou par voie orale, atteignent, à travers la circulation générale, les parois du canal digestif, en produisant des manifestations morbides intestinales et générales plus ou moins graves.

Il étudie les effets des injections intraveineuses de vibrions chez le lapin jeune et adulte. Parfois, l'injection intraveineuse de vibrions à dose habituellement non léthale peut tuer les lapins de façon soudaine; dans ces cas, la mort est causée, ou par l'exaltation soudaine de la virulence et l'invasion très rapide de quelques microbes de sortie (généralement le colibacille), ou par une crise anaphylactique provoquée par l'existence d'anciens foyers microbiens sensibilisateurs (dans le foie, dans les poumons, etc.), sur lesquels les vibrions agissent comme des antigènes déchaînants.

Quand, chez les lapins adultes, environ 24 heures après l'injection intraveineuse d'une dose non mortelle de vibrions, on injecte encore dans les veines une petite quantité de colitoxine ou de protéotoxine, on assiste souvent au déclenchement d'une crise violente, de nature probablement anaphylactique, qui provoque la mort, quelquefois subite, parfois quelques heures après.

Les injections intraveineuses de cultures vibrionniennes, tuées ou dissoutes, ne sont pas aptes à sensibiliser les lapins envers l'action déchaînante de l'antigène colibacillaire.

Lorsque la mort, provoquée par ces crises, est foudroyante ou presque foudroyante, la symptomatologie est celle d'un choc anaphylactique typique. A l'autopsie, on trouve une congestion veineuse générale; le sang est habituellement stérile et l'on constate peu ou pas de vibrions dans le tube digestif. Quand la mort survient au bout de plusieurs heures, l'accès mortel, qui finit presque toujours par des convulsions et des phénomènes d'asphyxie, est précédé par de l'hypothermie. Celle-ci équivaut à un état algide, qui commence presque aussitôt après l'injection de la colitoxine ou de la protéotoxine et s'accentue progressivement jusqu'à la mort. Dans ces cas, le tableau anatomique est celui d'une entérite desquamative plus ou moins violente, avec production de flux intestinal très abondant, compliqué par de la néphrite aiguë et, souvent encore, d'état asphyxique des poumons. Le fait le plus caractéristique étant représenté par la chute massive des épithéliums de revêtement des surfaces muqueuses (tube digestif, vessie, vésicule biliaire), S. donne à ce tableau morbide le nom « d'épithalaxie », qui signifie chute des épithéliums. Les deux organes les plus atteints dans l'épithalaxie cholérique du lapin sont l'intestin et le rein.

Dans ces cas, il y a stérilité habituelle du sang et des organes, avec quantité parfois immense de vibrions dans le contenu diarrhéique de l'intestin grêle; ces vibrions ne se sont pas multipliés dans le flux séro-muqueux intestinal, mais proviennent des parois où on les trouve en abondance dans la sous-muqueuse.

Les lapins peuvent surmonter la phase aiguë d'épithalaxie et succomber tardivement par marasme intestinal, alors que la lésion rénale se répare rapidement. C'est dans l'iléum et la vésicule biliaire que les vibrions persistent le plus longtemps.

L'appendice vermiforme, sensibilisé par le staphylocoque doré, peut réagir mortellement, le cas échéant, à la pénétration, dans la circulation sanguine, d'un antigène bactérien, et cela d'une façon si soudaine et avec une altération si imposante de l'organe que l'on doit penser à un lien pathogénique possible de ce choc, au siège appendiculaire, avec l'attaque aiguë, subitement mortelle, des appendicites humaines, dites hypertoxiques ou toxémiques, et qui prennent quelquefois une physionomie clinique cholériforme.

L'explosion soudaine d'une colibacillose ayant comme foyer de sortie un point quelconque du canal digestif rend plus facile et plus rapide la pénétration dans la circulation sanguine, et, par conséquent, la décharge intestinale des vibrions administrés par la bouche ou injectés dans l'appareil respiratoire.

L'avortement ou la mort du fœtus, que l'on constate dans l'algidité cholérique, chez l'homme et chez les animaux, est une conséquence probable de la contraction spasmodique, qui, dans l'épithalaxie cholérique comme dans l'anaphylaxie, frappe tous les organes et les tissus constitués ou pourvus de fibres lisses.

La crise d'épithalaxie cholérique chez le lapin est toujours accompagnée, comme chez l'homme cholérique et comme dans toute crise épithalaxique, par la chute progressive de la pression artérielle et par des modifications hématologiques consistant en phases successives de leucopénie et d'hyperleucocytose et déterminées principalement par des variations numériques des pseudo-éosinophiles et des lymphocytes. Les manifestations symptomatiques, les altérations anatomiques macro- et microscopiques, les tableaux bactériologiques et hématologiques, les troubles circulatoires et humoraux qui accompagnent et caractérisent l'épithalaxie cholérique expérimentale des lapins et qui présentent tant d'analogies avec le tableau des crises anaphylactiques, coïncident complètement avec les phénomènes que l'on observe chez l'homme cholérique. L. Rivet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

(*Paris*)

Tome XLI, n° 2, Février 1924.

L. Weekers. ***Les effets des injections d'eau distillée sur la tension oculaire.*** — W. fait d'abord un résumé bibliographique d'où il ressort que l'on peut, dans certaines conditions, diminuer la tension oculaire en augmentant la concentration moléculaire. Nous-même, dans de précédents travaux cités par W., sommes aussi arrivé à cette conclusion.

W. a expérimenté sur le lapin l'influence de l'injection d'eau distillée : une intraveineuse de 30 à 60 cmc détermine une augmentation du tonus oculaire, puis une diminution et enfin le retour à la normale au bout de 24 heures environ. Une injection intrapéritonéale de 100 à 300 cmc d'eau provoque les mêmes modifications. Mêmes effets encore avec l'injection sous-cutanée d'au moins 100 cmc (au delà de 250 cmc elle est mortelle). L'œil hypotone réagit pareillement.

Cliniquement, W. a tenté des injections intraveineuses de 10 à 60 cmc d'eau chez des malades dont les yeux étaient hypotones. L'effet a été tel que le faisait prévoir l'expérimentation.

De cette étude, W. conclut qu'à son avis, les injections d'eau ne sont pas utilisables en clinique, car l'élévation passagère de l'ophtalmotonus est suivie d'une baisse de tension à la fois plus longue et plus marquée. De plus, il faut redouter l'effet toxique de l'eau distillée dont une forte dose peut amener des troubles graves et même la mort.

A. Cantonnet.

ANNALES des MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX, DU NEZ ET DU PHARYNX

(*Paris*)

Tome XLII, n° 12, Décembre 1923.

J. Tarneaud et J. Terracol. ***La cure chirurgicale de la faiblesse de l'aile du nez.*** — L'insuffisance respiratoire nasale peut relever d'une atrophie des ailes du nez, cause souvent négligée et méconnue. L'atrophie peut elle-même relever d'une obstruction nasale prolongée, non traitée, ou constituer une séquelle lupique, syphilitique ou post-traumatique.

Jusqu'alors pour corriger l'insuffisance alaire, on a eu recours à la prothèse, à l'aide d'appareils mal tolérés (celluloïd, métal, caoutchouc, paraffine).

Aussi T. et T. proposent-ils une opération *physiologique* en reconstituant l'aile du nez par une greffe cartilagineuse, soit auto-greffe à l'aide d'un fragment prélevé sur le cartilage quadrangulaire de la cloison, soit hétéro-greffe comme dans les deux observations rapportées où il s'agissait d'un tendon de pied de bœuf prélevé aseptiquement au niveau de son insertion et conservé dans l'alcool.

Le résultat opératoire est excellent au point de vue de la tolérance du greffon et du rétablissement physiologique de la respiration nasale.

ROBERT-LEROUX.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA

(*Parme*)

T. V., Fasc. 1, 20 Janvier 1924.

A. Spanio et E Zamboni. ***Observations cliniques concernant l'influence de la quinine sur la cuti-réaction à la tuberculine.*** — Bouveyron a fait réagir la tuberculine sur diverses substances et pratiqué chez les tuberculeux de nombreuses cuti-réactions avec ces mélanges. Certains corps n'ont aucune influence, d'autres (adrénaline) augmentent l'intensité de la réaction, d'autres enfin (quinine, antipyrine, pyramidon) la diminuent. On sait que la quinine exerce sur le protoplasme une action paralysante, gêne les mouvements des leucocytes et des infusoires, entrave les fermentations lactique et butyrique, ralentit le fonctionnement des cellules hépatiques et, employée à l'extérieur, se montre hémostatique et antiseptique. Les auteurs estiment que l'atténuation de la cuti-réaction relève en partie de l'influence paralysante exercée par la quinine sur les leucocytes. Ils ont fait ingérer du chlorhydrate de quinine à des tuberculeux présentant une cuti-réaction positive et étudié la formule sanguine; l'ingestion de la quinine était prolongée et l'épreuve pratiquée à plusieurs reprises. La cuti-réaction s'est montrée moins intense chez la plupart des malades, et l'éosinophilie apparue parfois dans le sang après la première cuti-réaction a disparu à la suite de la deuxième. Un tableau synoptique fournit les résultats des examens hématologiques.

L. COTONI.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Munich*)

Tome LXXI, n° 2, 11 Janvier 1924.

R. Lemke. ***De la néphrite mercurielle.*** — A propos d'une intoxication mortelle survenue chez une jeune femme à la suite d'une injection intra-utérine soi-disant de lysol, mais que les manifestations ultérieures, stomatite, oligurie, albuminurie, montrèrent avoir été en réalité une injection de sublimé, L. se demande si, des altérations des reins, on est en droit de conclure à une intoxication mercurielle; en un mot, existe-t-il des lésions spécifiques de la néphrite mercurielle? Deux sortes d'altérations ont été données comme caractéristiques : la calcification des cellules nécrosées des tubes contournés; les modalités spéciales de la régénération épithéliale dans les canalicules efférents, et en particulier l'éloignement des cellules mortes par la prolifération exubérante des cellules jeunes. Malheureusement la calcification a été constatée également après d'autres intoxications, par le naphtol β par exemple, et la régénération caractéristique peut manquer lorsque la mort est survenue précocement ou offrir des variations d'intensité qui lui enlèvent de la valeur, si bien qu'on ne saurait attribuer une spécificité absolue aux lésions de la néphrite mercurielle. Dans le cas rapporté, elles étaient très typiques. M. B. Schmidt a prétendu que les dépôts calcaires étaient la conséquence de l'insuffisance du gros intestin et d'une intensité proportionnée à la gravité des lésions intestinales; or, dans ce cas, malgré l'abondance de ces dépôts, il n'existait pas de lésions du gros intestin.

Une seconde observation relatée par L., celle d'une intoxication mortelle chez un homme atteint de tuberculose vésicale et rénale, qui avait subi des lavages de vessie avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 3.000 répétés plusieurs fois par jour, montre le danger de l'emploi des solutions antiseptiques mercurielles, même à faible dose. Il est probable que les lésions tuberculeuses de la vessie ont facilité l'absorption du médicament.

Nakata a individualisé 3 phases dans la néphrite mercurielle, caractérisées chacune par un aspect anatomique spécial du rein : stade initial et éphémère du rein rouge avec nécrose étendue et chute de l'épithélium des tubes contournés; stade du rein blanc grisâtre qui s'étend du 2e au 8e jour, avec accentuation des nécroses; enfin stade du rein rouge mercuriel, avec les calcifications et la régénération active des épithéliums associées à l'hyperémie des capillaires. Chez les 2 malades de L. morts au 9e jour, les lésions répondaient bien à celles du 3e stade de Nakata, et il y a là un argument de plus en faveur du diagnostic de néphrite mercurielle.

Doit-on considérer la nécrose des épithéliums comme la conséquence de la gêne circulatoire due à des thromboses des capillaires (Kaufmann) ou y voir le résultat de l'action directe du poison excrété sur les cellules épithéliales des tubes (Heineke, Nakata)? il est impossible de trancher ce problème si débattu dans l'état actuel de nos connaissances.

P.-L. MARIE.

N° 5, 1er Février 1924.

Walcher. ***Mort subite par ingestion d'huile de Harlem.*** — Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, jusque-là bien portante, qui, à l'occasion de douleurs dentaires, prit une forte dose, environ 10 cmc, d'huile de Harlem vers 10 heures du soir; à 4 heures du matin, elle était trouvée râlante, sans connaissance et mourait quelques instants après. La seule lésion importante, notée à l'autopsie, était un énorme œdème de l'épiglotte et du vestibule du larynx, s'étendant jusqu'au voile du palais et dont la sérosité exhalait une odeur aromatique pénétrante que présentait également le contenu gastrique. Il existait, en outre, un œdème prononcé et une vive congestion de la paroi muqueuse gastrique. Les autres viscères étaient le siège d'une hyperémie plus ou moins marquée.

L'huile de Harlem employée se montra constituée à l'analyse par un mélange d'essences de térébenthine et de genévrier, renfermant du soufre organique combiné. Aucune autre substance toxique ne put être décelée. Cette préparation était donc analogue à l'huile de Harlem qui est habituellement préparée en additionnant de l'huile de lin cuite avec du soufre de diverses essences (essence de térébenthine ou de *Juniperus oxycedrus*).

Lewin, qui a rassemblé en peu de temps 12 cas d'intoxication, dont 2 mortelles, par l'huile de Harlem, panacée assez populaire en Allemagne, considère qu'il s'agit d'un empoisonnement par l'essence de térébenthine et regarde les altérations rénales comme la cause de la mort. Dans le cas rapporté, l'évolution ne rappelle pas les accidents observés dans l'intoxication par la térébenthine : brûlures de la gorge, excitation nerveuse, loquacité, démarche ébrieuse, urticaire, érythèmes variés, crampes et coma. On est toutefois en droit de supposer que le poison, par suite peut-être d'une idiosyncrasie, a pu provoquer un œdème glottique mortel, équivalent à une poussée d'urticaire, comme on l'a constaté avec l'iode. La mort paraît devoir être attribuée ici plus à des causes mécaniques qu'à une action toxique proprement dite.

P.-L. MARIE.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Berlin*)

Tome III, n° 4, 22 Janvier 1924.

B. Zondek et Jakobovitz (de Berlin). ***Sur le sort des femmes qui ont subi une intoxication gravidique (néphrite, éclampsie).*** — Z. et J. ont pu étudier à cet égard 38 cas dans lesquels l'accouchement remontait à 1916-1922.

L'examen, ainsi pratiqué au bout de 1 à 7 ans, montra que, chez toutes les femmes ayant été atteintes d'une intoxication gravidique pure, l'albumine avait complètement disparu. Les œdèmes ne furent notés que chez une seule patiente, et encore étaient-ils d'origine cardiaque (maladie mitrale). Chez la même malade, la pression artérielle était élevée et le pouvoir de concentration des reins abaissé. Ce cas compliqué de cardiopathie mis à part, toutes les femmes étaient complètement guéries. C'est à peine si, chez quelques-unes, l'examen décelait certains troubles légers, notamment une hypertension peu marquée et un léger trouble dans la sécrétion de l'eau.

Mais il est, le plus souvent, impossible de décider de façon certaine, au cours de la grossesse, s'il s'agit d'une simple manifestation rénale de l'intoxication gravidique ou d'une association avec une néphrite chronique ayant déjà existé avant la grossesse. Contrairement à l'opinion soutenue par von Jaschke, l'hypertension et l'hématurie ne constituent pas des éléments décisifs pour ce diagnostic différentiel. Seule l'augmentation de la teneur du sang en azote résiduel plaide en faveur d'une néphrite chronique.

Dans les cas d'existence antérieure d'une néphrite, celle-ci peut être aggravée par l'intoxication gravidique. Il se peut aussi que l'intoxication crée une prédisposition à la néphrite chronique, mais de pareils cas semblent devoir être rares.

Le pronostic est plus défavorable dans les cas qui s'accompagnent de troubles oculaires, en particulier d'altérations du fond de l'œil. On constate alors des tendances à l'éclampsie et les résultats éloignés sont également défavorables : si les manifestations oculaires se dissipent le plus souvent, on n'en voit pas moins persister d'autres symptômes, tels que l'hypertension et les troubles fonctionnels légers des reins.

L. CHEINISSE.

M. Meyer (de Francfort-sur-le-Mein). ***Sur le changement de la personnalité dans l'encéphalite chronique.*** — Les faits rapportés par M. mettent bien en évidence le polymorphisme des manifestations psychiques de l'encéphalite chronique.

Dans les cas graves d'altérations psychiques au cours des formes akinétiques de l'encéphalite chronique, au manque de spontanéité motrice correspond un phénomène analogue dans l'ordre psychique, se traduisant par un ralentissement du processus de la pensée, par l'appauvrissement de la parole, par l'asthénie psychique, par l'inappétence au travail, bref par cet ensemble de symptômes que l'on désigne sous le nom de *bradypsychie*. A un degré plus avancé, l'altération du psychisme aboutit à l'absence d'intérêt au monde extérieur, à l'apathie complète, au « vide intrapsychique ».

On connaît, d'autre part, les formes psychiques que revêt assez souvent l'encéphalite prolongée chez l'enfant et qui se traduisent par une perturbation plus ou moins profonde du caractère et de l'humeur, avec accès de « rage », perversions instinctives, etc.

Deux observations relatées par M. tendent à prouver que de pareils changements de la personnalité, avec perversions sexuelles susceptibles d'aboutir à des manifestations délictuelles, peuvent aussi s'observer à la suite de l'encéphalite chez des adultes.

L. CHEINISSE.

Prof. G. Magnus (de Iéna). ***Sur le lieu d'origine de l'embolie pulmonaire et le rôle de la veine saphène.*** — Dans la statistique de la Clinique chirurgicale universitaire de Iéna, Schilling a relevé, pendant une période de 12 ans, 32 cas mortels d'embolie pulmonaire, soit une proportion de 0,12 p. 100 de l'ensemble des interventions opératoires. Dans ce nombre, les deux sexes étaient représentés d'une manière à peu près égale; pour ce qui est de l'âge, ce sont surtout les sujets entre 40 et 60 ans qui se trouvaient atteints. Le choix de l'agent anesthésique n'a paru jouer aucun rôle, et 10 malades n'avaient pas été anesthésiés du tout.

Quant au point d'origine de l'embolie, l'étude des procès-verbaux des autopsies montre que la localisation de la thrombose n'a pu être précisée que dans 24 cas sur 32 : 7 fois le thrombus se trouvait dans les veines profondes du bassin, 7 fois dans la veine fémorale droite, 6 fois dans la veine fémorale gauche, 2 fois dans la veine spermatique, et dans 2 cas on avait affaire à des thromboses multiples. Mais, dans aucun de ces 32 cas portant sur une période de 12 ans, on n'a pu incriminer une thrombose de la veine saphène. Le rôle de celle-ci dans la production de l'embolie pulmonaire est donc minime, sinon tout à fait nul. L. Cheinisse.

H. Hoffmann et P. S. Meyer (de Breslau). ***Sur la « fièvre saline parentérale ».*** — Depuis les recherches de Finkelstein, de L. F. Meyer, de Moro, etc., sur la fièvre alimentaire, la « fièvre saline » est devenue de notion courante en pédiatrie. Mais, si les auteurs sont d'accord pour reconnaître les effets pyrétogènes du chlorure de sodium introduit par voie digestive, la fièvre saline d'origine parentérale est encore souvent contestée. Jusqu'à présent, on n'a envisagé, à cet égard, que les injections intraveineuses ou sous-cutanées de solutions isotoniques ou hypotoniques de chlorure de sodium. H. et M. ont eu l'idée de vérifier l'existence de la fièvre saline parentérale par une autre voie, à savoir par l'emploi de la méthode de traitement du lupus préconisée par Martenstein

Cette méthode consiste à appliquer sur les parties ulcérées par le processus morbide (ou, au besoin, artificiellement érodés) une couche épaisse de bouillie de chlorure de sodium, que l'on laisse en place pendant 24 heures, pour la renouveler ensuite. Le plus souvent, on voit se produire, dans le voisinage des parties ainsi traitées, de très forts œdèmes; les patients se trouvent incommodés, sans appétit et éprouvent une soif intense. La courbe thermique présente une évolution typique : normale avant le traitement, la température s'élève déjà au bout de 4 heures après l'application du premier pansement salin et, dans la plupart des cas, elle atteint ou dépasse même 39°. Le lendemain, lorsque la bouillie se trouve réduite à une mince croûte, la température redevient à peu près normale, pour subir une nouvelle élévation à chaque pansement, à moins que l'on ne remplace l'épaisse bouillie saline par une simple solution de chlorure de sodium à 5 ou 10 pour 100.

H. et M. ont pu s'assurer que, pendant ce traitement, la teneur du sérum sanguin en chlorure de sodium est augmentée et qu'il en est de même pour l'élimination du sel par les urines. Il y a donc résorption de chlorure de sodium par les surfaces cruentées, une relation de cause à effet existant entre cette résorption et la fièvre. Quant à la question de savoir dans quelle mesure interviennent ici les produits de désagrégation cellulaire, elle ne saurait guère être résolue. L. Cheinisse.

P. Bastai et A. Busacca (de Turin). ***Sur la pathogénie de l'herpès fébrile d'après des recherches cliniques et expérimentales chez l'homme, et sur les prétendues relations entre le virus herpétique et le virus encéphalitique.*** — Dans une 1re série de recherches, tant cliniques qu'expérimentales, B. et B. ont réussi à établir que l'infection herpétique est susceptible non seulement de se généraliser, mais encore de rester à l'état latent dans l'organisme humain. Cette constatation permet de comprendre la genèse de l'herpès récidivant sous ses diverses formes, ainsi que la production de l'herpès à la suite d'introduction parentérale de différentes substances, notamment de protéines hétérogènes. Il est, en effet, facile de concevoir comment, en pareil cas, une irritation mécanique (herpès génital ou cataménial) ou d'ordre plus complexe (injection d'albumines étrangères) peut agir comme cause occasionnelle réveillant une infection latente.

La seconde partie des recherches qui font l'objet du présent travail a trait aux relations éventuelles entre le virus herpétique et le virus encéphalitique. B. et B ont pu inoculer le virus dit encéphalitique à 3 malades (2 cardiaques et 1 atteint de pyélonéphrite avec diabète insipide), sans que cette inoculation fût suivie du moindre phénomène d'encéphalite.

Aussi l'hypothèse de rapport causal entre l'infection herpétique et l'encéphalite épidémique leur paraît-elle peu fondée. Ils seraient enclins à admettre que le virus dit encéphalitique n'est, en réalité, que le virus herpétique qu'on trouve occasionnellement aussi chez les sujets atteints d'encéphalite léthargique. L. Cheinisse.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Tome LXXVIII, n° 4, 26 Janvier 1924.

Brackmeyer. ***La recherche des spirochètes dans la syphilis héréditaire.*** — C'est dans les lésions papuleuses et les rhagades des commissures buccales qu'on trouve le plus facilement les spirochètes chez un hérédo-syphilitique. Sur 7 cas, l'auteur en trouva dans 5 cas, et dans 2, les tréponèmes étaient particulièrement nombreux.

Par contre, dans l'écoulement nasal du coryza et dans l'urine, les recherches furent négatives.

Avec le sang veineux, en prenant une goutte de sang au lobule de l'oreille et en l'examinant à l'ultramicroscope, l'auteur ne put trouver que dans 2 cas, malgré de nombreuses préparations, des tréponèmes en très petit nombre.

Les tréponèmes ont également été signalés dans le méconium et dans le sang retiré par ponction de la rate.

L'auteur rapporte en terminant un cas intéressant d'hérédo-syphilis résistant à l'arsenic et guérie par le bismuth.

Un enfant de 28 mois, hérédo-syphilitique, reçoit une cure mixte de néo-salvarsan et de sublimé. Après la 6e injection apparut une papule sur la joue gauche qui disparut à la fin du traitement. Wassermann positif. 3 semaines plus tard apparurent de nombreuses lésions suintantes disséminées et contenant de nombreux tréponèmes. L'enfant fut alors soumis aux injections d'un sel bismuthique qui amena rapidement la guérison des lésions.

R. Burnier.

Nordmann (de Berne). ***Spirochètes neurotropes et disposition.*** — Certaines formes de syphilis affectent avec une prédilection particulière le système nerveux et l'on connaît de nombreuses observations de malades ayant contracté la syphilis à la même source et qui ont présenté ultérieurement un tabes ou une paralysie générale. On connaît également des cas de tabes et de paralysie générale conjugaux, des cas de tabes juvénile et de paralysie générale précoce chez des hérédo-syphilitiques dont les parents étaient eux-mêmes atteints de syphilis nerveuse.

Au cours de la syphilis tertiaire cutanée, on peut aussi constater des lésions nerveuses.

N., sur 71 cas de syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses où l'on fit une ponction lombaire, nota dans 11 cas un Wassermann positif, dans 10 cas une réaction de Nonne positive, dans 8 cas une pléocytose. Les altérations du liquide céphalo-rachidien furent donc observées dans 16,9 pour 100 des cas de syphilis tertiaire cutanée. De même Kyrle, sur 82 cas de syphilis tertiaire; trouva 17 fois des altérations du liquide céphalo-rachidien.

Parfois on trouve des lésions cutanées tertiaires au cours d'un tabes, d'une paralysie générale ou d'une syphilis cérébrale. Sur 25 cas de syphilis nerveuse, N. trouva chez 4 malades, 2 hommes et 2 femmes, des syphilides tuberculo ou ulcéro-serpigineuses, 3 fois au cours d'un tabes, 1 fois au cours d'une syphilis cérébrale. R. Burnier.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Vienne)

Tome XXXVI, n° 44, 1er Novembre 1923.

G. Stein et E. Fried (Vienne). ***Recherches sur les fonctions gastrique et pancréatique après les résections étendues de l'estomac.*** — L'influence de la sécrétion gastrique et de ses variations sur la sécrétion pancréatique a suscité de nombreuses recherches : elles ont abouti à des résultats très dissemblables, les premiers expérimentateurs ayant surtout examiné les déchets dans les selles, les modernes s'étant surtout appuyés sur les renseignements fournis par le sondage duodénal.

S. et F. ont fait porter leurs recherches sur les opérés de Schnitzler qui, en cas d'ulcus, résèque au minimum les 2/3, parfois les 3/4 de l'estomac, et qui utilise surtout le procédé de Billroth I, favorable au sondage duodénal.

Les examens, au nombre de 58, pratiqués sur 38 malades, se répartissent en :

9 examens pratiqués avant et après l'opération (ulcus ou cancer);

17 examens pratiqués seulement après l'opération;

7 examens incomplets;

5 examens de sujets sains servant de contrôle.

L'examen est toujours fait de la même manière après sondage gastrique, puis duodénal, repas d'épreuve identique; S. et F. considèrent ce tubage comme si anodin qu'ils le font dès le début de la 3e semaine après l'opération.

Les techniques chimiques des recherches sont résumées avec précision dans l'article. Voici à quels résultats elles ont conduit :

L'acidité pour les sujets de contrôle était très variable à jeun, peu au moment du repas d'épreuve : en effet, l'acidité restait la même quand elle était élevée à jeun, alors qu'elle augmentait notablement chez les sujets qui avaient peu d'acidité à jeun.

La teneur en pepsine et celle en labferment n'étaient pas entre elles dans un rapport constant, la pepsine variant assez peu du jeûne au repas d'épreuve, le labferment augmentant au contraire nettement. Les limites de la trypsine et de la diastase au niveau du duodénum sont à peu près constantes.

Bientôt après l'opération, la sonde duodénale ramène du liquide en quantité exagérée, d'odeur aigre, et, de fait, l'examen radioscopique montre une augmentation de la sécrétion gastrique. Ceci rappelle ce que Sauocki, Lobasow et Popielski ont constaté sur des animaux où le procédé d'Heidenhain, pour établir un petit estomac, amène une énorme hypersécrétion de suc gastrique, au point de distendre les sutures.

Mais au cours des deux premiers mois la sécrétion gastrique change complètement, et son régime se stabilise seulement après; aussi S. et F. classent-ils leurs recherches en précoces et tardives.

Après résection étendue de l'estomac, l'acidité totale baisse beaucoup, l'acidité en HCl étant à peu près constamment nulle; cela existe déjà, bien que moins nettement, dans les recherches précoces où HCl manque presque complètement, plus encore au cours du repas d'épreuve qu'à jeun.

Pour la pepsine, S. et F. trouvant la méthode de Mette insuffisante ont fait l'épreuve de la caséine; elle manque presque complètement à jeun et est très diminuée pendant le repas d'épreuve; cependant dans un cas tardif elle était presque normale malgré une large résection, ce qui montre la possibilité d'une récidive de l'ulcus; d'ailleurs souvent, dans les recherches précoces, la pepsine a une valeur analogue à celle observée avant l'intervention, et au bout d'une année et plus elle tend vers zéro.

La teneur en labferment n'est pas exactement parallèle à celle de la pepsine, mais pratiquement elle varie à peu près dans les mêmes proportions.

Quant aux sécrétions pancréatiques, non seulement la diminution de la fonction gastrique ne les diminue pas, mais il semble à S. et F. que, dans beaucoup de cas, elles sont plus riches en ferments, et ceci avait déjà été dit par Schoppe et Deloch, qui voient là, en face d'un déficit de la sécrétion gastrique, une sécrétion pancréatique de compensation.

En effet, jamais les auteurs n'ont pu trouver une diminution de la fonction pancréatique chez des sujets ayant subi une résection gastrique même étendue.

La différence des résultats entre les examens précoces et les examens tardifs tiendrait aux actions réflexes du traumatisme opératoire et à la cicatrisation de la zone de section et de suture gastro-intestinale.

Enfin, bien que considérant le tubage duodénal comme une méthode facile et utile, ils souhaitent qu'on trouve un procédé permettant d'étudier la sécrétion pancréatique au moment du maximum de la digestion duodénale. André Richard.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(Kharkov)

Tome VII, nos 1-2, 25 Janvier 1924.

Prof. A. A. Krontovsky et I. V. Gakh (de Kiev). ***Application de la méthode de culture des tissus à l'étude du virus du typhus exanthématique.*** — Si l'on conserve dans le liquide de Ringer, à la température de 38 à 39°, des fragments de rate provenant de cobayes atteints de typhus exanthématique, la virulence de ces fragments se trouve notablement atténuée déjà au bout de 24 heures; inoculés après 2 jours de conservation à d'autres cobayes, ces fragments ne provoquent jamais de tableau morbide nettement déterminé.



ESTOMAC-INTESTIN
GASTRITE
ENTÉRITE
Gastro Sodine
ODINOT, Pien, PARIS, 21, rue Violet.
DEUX FORMULES — DEUX PRESCRIPTIONS
BICARB. 2. — Phosphate 1. — Sulfate de Soude 1/2.
Prescrire " GASTRO-SODINE "
SULFATE 2. — Phosphate 1. — Bicarbonate de Soude 1/2.
Prescrire " GASTRO-SODINE ", formule S.
Une cuillerée à café, tous les matins à jeun dans un verre d'eau, de préférence chaude.



Anémie, Scrofule, Chlorose, Lymphatisme.
Tuberculose pulmonaire, osseuse, ganglionnaire.
"CALCILINE"
RECALCIFICATION, REMINÉRALISATION
COMPRIMÉS - GRANULÉ
aux Sels Calcaires Fluorés
Pos. : 2 Comprimés ou une mesure avant chaque repas dans un peu d'eau. Enfants 1/2 dose.
ODINOT PARIS 21, Rue Violet.
Croissance, Adénites, Coxalgie, Maladie des Os
Deux nouvelles Formes :
1° ADRÉNALINÉE — 2° MÉTHYLARSINÉE
(en granulé seulement)
R. C. S. 76325
Diabète, Grossesse, Allaitement, Convalescence



LE "BASSIAN"
Nouveau Bassin Anatomique Breveté
ADOPTÉ DANS TOUTES LES CLINIQUES MODERNES
DÉPOT GÉNÉRAL : PARIS, 21, Rue Violet.



SEL DIGESTIF
Bémecé
SPÉCIFIQUE de l'HYPÉRACIDOSE
Bicarb. de Soude. Magnésie. Carbonate de Chaux léger
lactosés & Chimiquement purs
POS. : une cuiller à café après chaque repas
ODINOT, 21, Rue Violet, PARIS

Les choses se passent tout autrement si l'on cultive de pareils fragments dans un milieu préparé avec du sérum de cobaye et du plasma de lapin : l'inoculation de cultures ainsi obtenues et âgées de 3 à 5 jours provoque le typhus chez des cobayes sains.

Il était intéressant de savoir si le virus se conserverait au cas où l'on empêcherait le développement du tissu. En vue d'élucider ce point, K. et G. ont institué une série d'expériences sur des fragments de rate typhique transplantés dans des milieux contenant des cytotoxines spécifiques pour les cellules spléniques. Ces fragments ne poussaient pas, mais, inoculés au bout de 3 à 5 jours à des cobayes, ils n'en déterminaient pas moins le tableau typique du typhus exanthématique expérimental.

K. et G. seraient enclins à croire que cette méthode de culture des tissus infectés, associée à la destruction des cellules tissulaires au moyen des cytotoxines (ou par un autre procédé), pourrait être utilisée pour l'étude des divers microorganismes pathogènes qui ne se laissent pas cultiver dans les conditions de technique bactériologique usuelle.

L. Cheinisse.

Prof. V. V. Vinogradov (de Kiev). ***De la valeur du signe d'Alfred de Musset dans les affections cardiaques*** — On admet généralement que les oscillations rythmiques de la tête constituent un signe caractéristique de l'insuffisance aortique. [Alfred de Musset, qui a succombé à une insuffisance aortique, probablement d'origine paludéenne, présentait, d'après la biographie publiée par son frère Paul, ce symptôme, d'où le nom de *signe de Musset* que Delpeuch a proposé de lui attribuer. — L. Ch.].

Or, à en croire les observations de V., ce signe s'observerait aussi dans une autre cardiophatie valvulaire, à savoir dans l'insuffisance tricuspidienne, et cela qu'il s'agisse d'une insuffisance primitive par lésions de la valvule ou d'une insuffisance secondaire relative, par distension de l'orifice auriculo-ventriculaire.

Les secousses rytbmiques de la tête sont, toutefois, quelque peu moins accentuées dans l'insuffisance tricuspidienne que dans l'insuffisance aortique. D'autre part, le caractère même de ces secousses est plus complexe : elles ne se font pas suivant le plan antéro-postérieur, comme dans l'insuffisance aortique, mais présentent un caractère en quelque sorte rotatoire, avec petites vibrations multiples.

De même que, dans l'insuffisance aortique, le signe de Musset s'accompagne de battements tumultueux des carotides, de même il coexiste, dans l'insuffisance tricuspidienne, avec un pouls veineux systolique. Dans la plupart des cas, il existe en même temps une arythmie complète. Lorsque celle-ci disparaît, on voit aussi disparaître les oscillations rythmiques de la tête.

L. Cheinisse.

Prof. Schwarzman (d'Odessa). ***Les particularités des bruits du cœur dans les maladies infectieuses.*** — Pour juger de l'état de la circulation chez un sujet atteint d'une maladie infectieuse, on se laisse guider surtout par la fréquence et le caractère du pouls. Or, l'auscultation du cœur mérite, à cet égard, plus d'atteution que l'on ne lui en accorde généralement. Les observations de Sch. ont porté principalement sur la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique et la fièvre récurrente.

L'ensemble de ces observations peut être divisé en 3 catégories.

Dans la première, les bruits du cœur ont une durée normale et sont souvent même renforcés : le myocarde réagit à la fièvre par une augmentation d'intensité de ses contractions.

Dans la seconde catégorie de cas, les bruits du cœur (et, en particulier, le premier bruit) sont affaiblis et brefs. Ce n'est plus seulement à l'influence de la température fébrile que l'on a affaire, mais à l'action exercée sur le cœur par les toxines de l'agent pathogène. Particulièrement typiques au cours de la fièvre typhoïde, ces modifications du premier bruit s'observent aussi dans d'autres maladies infectieuses.

Dans une troisième catégorie de faits, enfin, on observe, en même temps qu'un affaiblissement très marqué et un raccourcissement du premier bruit, un raccourcissement du petit silence. Celui-ci devient, pour ainsi dire, inexistant, et le premier bruit est suivi presque immédiatement du second. Ces phénomènes traduisent un affaiblissement accentué des contractions systoliques des ventricules.

Lorsqu'on voit s'ajouter à ces symptômes de la tachycardie, le pronostic devient très sérieux.

L. Cheinisse.

B. N Doubinskaïa (de Kharkov). ***Diagnostic de l'ouverture d'anciens foyers tuberculeux fermés, basé sur la constatation des éléments calcifiés dans l'expectoration.*** — La rupture des nodules tuberculeux pulmonaires se traduit par l'apparition dans les crachats de certains éléments témoignant de l'aggravation du processus. Lorsqu'il s'agit de l'ouverture des foyers anciens, on voit apparaître, dans l'expectoration, des produits de désagrégation qui sont caractéristiques pour la phase de calcification des tubercules. D'après S. L. Ehrlich (de Kharkov), cette ouverture des foyers anciens se traduirait par l'association des 4 caractères suivants de l'expectoration : 1° produits amorphes et imprégnés de chaux, dus à la désagrégation moléculaire du tissu du nodule tuberculeux ; 2° fibres élastiques incrustées de chaux ; 3° cristaux de cholestérine ; 4° bacilles de Koch à caractères morphologiques habituels ou sous formes d'amas de bacilles granuleux ou de bacilles courts et fins, fragmentés (*Splitter* de Spengler).

A en juger d'après les observations rapportées par D., la présence de cette « tétrade » présenterait une valeur diagnostique et pronostique considérable quant à l'évolution du processus tuberculeux.

Sans pouvoir entrer dans les détails de ces observations, notons seulement que le pronostic de l'ouverture d'un ancien foyer caséo-calcaire est plus favorable dans les cas où cette rupture se produit sous l'influence du surmenage physique que dans les cas d'une infection associée.

L. Cheinisse.

B. Chkliar (de Kiev). ***De la pression sanguine dans la tuberculose pulmonaire.*** — Ch. a fait, dans le service du professeur F. G. Yanovsky, environ 400 mensurations de la pression artérielle, portant sur 80 tuberculeux, dont 34 hommes et 46 femmes.

Ces mensurations, pratiquées par la méthode auscultatoire, à l'aide de l'appareil de Korotkov, ont montré qu'il existe généralement, dans la tuberculose pulmonaire, un abaissement à la fois de la pression systolique et de la pression diastolique. C'est surtout la pression diastolique qui est caractéristique à cet égard : on la voit s'abaisser progressivement à mesure qu'avance le processus tuberculeux et qu'augmente la toxémie.

Dans les formes de début, on constate une diminution de la pression systolique seulement, et ceci peut avoir une certaine valeur diagnostique.

La baisse diastolique a une signification importante au point de vue du pronostic. Lorsque la pression diastolique tombe au-dessous de 50 mm. et se maintient, pendant quelques semaines, aux chiffres de 42 à 48, on peut s'attendre à l'issue fatale à brève échéance.

Dans les formes fibreuses, la diminution ne porte que sur la pression systolique (et encore celle-ci peut-elle rester dans les limites normales).

La néphrite survenant au cours de la tuberculose pulmonaire est susceptible de masquer l'abaissement de la pression diastolique, mais cet abaissement se fait à nouveau sentir en cas d'aggravation du processus tuberculeux. C'est dire qu'en pareille occurrence la courbe de la pression diastolique permet de déterminer quel est, des 2 éléments morbides en cause, celui qui prévaut à tel ou tel autre moment.

L. Cheinisse.

V. N. Ivanov (de Kiev). ***La valeur clinique et diagnostique des hémorragies gastriques occultes.*** — Pendant ces 4 dernières années, I. a effectué une série de recherches systématiques sur les gastrorragies occultes, dans le service du professeur F. G. Yanovsky. Ces recherches ont porté sur 289 malades : 62 cancers de l'estomac, 60 cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, 31 achylies, 48 hypochlorhydries, 12 hyperchlorhydries, etc.

I. arrive à conclure qu'aucun des procédés usuels de recherche de sang occulte dans les fèces n'est parfait et ne donne de satisfaction complète au point de vue du diagnostic.

La réaction de Weber modifiée est encore celle qui fournit les résultats les plus satisfaisants. Quant aux réactions à la benzidine (celle de Adler et sa première modification par Gregersen), elles sont trop sensibles et peuvent se montrer positives chez des sujets bien portants, mais surtout en présence, dans les selles, d'œufs d'ascarides ou de *Trichocephalus dispar*. Par contre, leur résultat négatif a une très grande importance, car il exclut de façon certaine l'hypothèse d'hémorragie.

Les examens doivent, d'ailleurs, être répétés à plusieurs reprises.

Contrairement à la recherche de sang dans les fèces, celle dans le contenu gastrique est dépourvue de toute valeur.

La présence de sang occulte dans les fèces, constatée de façon répétée, plaide contre l'idée de simples troubles fonctionnels. Les hémorragies intermittentes et périodiques militent en faveur de l'ulcus ; les gastrorragies constantes et rebelles, en faveur du cancer. Il existe, cependant, quelques exceptions à ces règles générales, mais elles sont très rares.

I. attache une valeur particulière aux gastrorragies occultes permanentes en tant que signe du cancer de l'estomac : elles en sont souvent la première manifestation objective.

En dehors des affections gastriques, la présence de sang dans les fèces peut aussi s'observer dans d'autres maladies (ictère, affections du pancréas, flux hémorroïdaire, etc.), mais le diagnostic de ces hémorragies ne présente généralement pas de difficultés, pour peu que l'on se rappelle la possibilité de pareilles éventualités.

L. Cheinisse.

THE LANCET

(Londres)

Tome CCVI, n° 5238, 19 janvier 1924.

Z. Cope. ***Hyperesthésie cutanée dans les affections abdominales aiguës.*** — Il y a vingt ans que Head a noté l'hyperesthésie des téguments sur le terrritoire du 10e segment cutané dorsal à droite dans un cas de hernie crurale étranglée contenant de l'intestin grêle et de nombreuses observations lui firent admettre que les douleurs d'origine intestinale se localisent aux 10e, 11e et 12e segments.

Il y a deux méthodes pour faire ces recherches : piqûre avec une épingle et pincement de la peau. Par des examens répétés, en comparant avec les zones normales et avec le côté opposé, on arrive à délimiter des zones d'hyperalgésie et d'hyperesthésie.

Dans 60 °/o des cas d'appendicite aiguë, il y a hyperesthésie ; celle-ci est peut-être plus commune lorsque l'appendice est distendu, non perforé, mais elle est cependant fréquente dans les cas d'appendice gangrené ou rompu, et dans les abcès.

Presque toujours l'hyperesthésie est localisée au côté droit de l'abdomen et limitée par 2 lignes, en bas le ligament crural, en haut une ligne horizontale passant par l'ombilic. Parfois elle affecte la forme d'une demi-ceinture haute de 5 cm. et dont le bord supérieur répond à l'ombilic : c'est le territoire du 10e segment dorsal. Parfois elle intéresse tout le quadrant inférieur droit de la région abdominale. En tout cas, l'hyperesthésie occupe l'un des segments innervés par la Xe, la XIe ou la XIIe paire dorsale, et cela quelle que soit la position de l'appendice, pelvien ou sous-hépatique.

En revanche, l'irritation péritonéale consécutive à la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal ne s'accompagne habituellement pas d'hyperesthésie cutanée. Dans les cholécystites, il y a hyperesthésie soit dans la zone d'innervation cutanée de la 9e paire dorsale, qui fournit les nerfs de la vésicule, soit dans la zone de la 12e dorsale ; mais dans ce dernier cas, il y avait péritonite dans la fosse iliaque droite.

J. Rouillard.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(Philadelphie)

Tome CLXVII, n° 1, Janvier 1924.

W. de P. Inlow. ***Rate et sécrétion biliaire : modifications dans la sécrétion du pigment biliaire après splénectomie.*** — Il est de notion courante que la rate exerce une influence sur la quantité de pigment biliaire sécrétée par le foie. Cependant les résultats expérimentaux concernant l'effet de la splénectomie sur la sécrétion du pigment biliaire sont assez discordants : tandis que Pugliese, Charrin et Moussu, Goto trouvent après l'ablation de la rate une diminution de moitié de la quantité normalement sécrétée, Paulesco, Whipple et Hooper n'ont constaté récemment aucune différence notable.

I. a repris la question chez 4 chiens dont 3 furent

splénectomisés. Normalement, chez le chien porteur d'une fistule biliaire, on constate que la sécrétion la plus abondante de bile a lieu lors du régime carné et la moindre lors du jeûne. La quantité des acides biliaires varie largement, semblant le plus forte avec les repas de lard et de viande, et suivant parallèlement les variations quantitatives de la sécrétion biliaire. La quantité de pigment biliaire éliminé d'heure en heure est remarquablement constante; elle ne varie pas avec le volume de bile sécrétée et ne semble pas influencée par la nature du régime.

Après splénectomie, la quantité de bile excrétée dépasse environ d'un quart celle qui est produite dans des conditions similaires avant l'intervention; ses fluctuations sont plus accentuées. Le taux des acides biliaires reste à peu près le même. Il y a une augmentation légère et immédiate du chiffre des globules rouges et de l'hémoglobine, suivie d'une anémie où le taux de l'hémoglobine baisse plus rapidement et tend à revenir plus vite à la normale que le nombre des hématies. La courbe représentant l'excrétion de bilirubine ressemble à celle de l'hémoglobine; elle s'élève immédiatement après la splénectomie, puis s'abaisse fortement au-dessous de la normale, atteignant le niveau le plus bas entre le 20e et le 25e jour, pour remonter ensuite. Les fluctuations dans l'excrétion du pigment biliaire sont marquées, mais la quantité moyenne de pigment reste la même si on la totalise pendant une assez longue période. Il se pourrait que la discordance entre les résultats des précédents expérimentateurs tînt au moment variable où les observations ont été faites par rapport à la splénectomie.

Il est probable qu'il existe une variation cyclique normale dans l'élimination du pigment biliaire. Les fluctuations principales semblent se produire à un intervalle d'un mois environ; entre ces fluctuations il en existe de plus restreintes. Les variations sont notablement accentuées par l'ablation de la rate.

I. estime que les facteurs qui conditionnent la formule sanguine après la splénectomie sont également responsables de la réaction dans la sécrétion du pigment biliaire qui suit l'intervention, et que, s'il y a un mécanisme cyclique intervenant dans l'élaboration du pigment, la rate exerce une influence régulatrice sur ce phénomène.

P.-L. Marie.

G. M. Goodwin et W. B Long *Radiothérapie du goitre exophtalmique.* — G. et L. ont traité par la radiothérapie 9 cas de goitre exophtalmique qu'ils ont attentivement suivis dans le but de se faire une opinion sur la valeur exacte de cette thérapeutique qui a ses partisans enthousiastes et ses détracteurs acharnés.

Il s'agissait de goitre exophtalmique toxique, et non d'adénomes toxiques de la thyroïde. La dose de rayons représentait les 2/5es de la dose d'érythème; elle était filtrée à travers 3 mm. d'aluminium et administrée chaque semaine tour à tour sur un des côtés du cou, de façon à atteindre en même temps la thyroïde et le thymus.

Chez 5 des malades les résultats furent très satisfaisants : augmentation du poids, atteignant dans un cas 20 kilogr. et dépassant toujours 7 kilogr.; retour du métabolisme basal à une valeur normale; diminution de la tachycardie, mais suivant une courbe moins régulière que les modifications du poids et du métabolisme, diminution de l'émotivité et de l'exophtalmie; il existait encore quelques palpitations. Ces résultats commencèrent d'ordinaire à se montrer au bout de 5 mois de traitement. Seront-ils permanents? une observation prolongée est nécessaire pour pouvoir l'affirmer. Il est à noter que chez 2 malades une arythmie caractérisée par des contractions prématurées apparut 6 mois après le traitement, arythmie qui semble traduire une altération du myocarde résultant de la toxémie. La radiothérapie est donc capable de donner assez souvent des succès dans le traitement du goitre exophtalmique toxique; on peut lui reprocher la lenteur avec laquelle on les obtient, mais elle est bien plus inoffensive que le traitement opératoire; comme ce dernier, elle peut donner lieu ultérieurement à des symptômes d'hypothyroïdie avec diminution du métabolisme basal.

Parmi les 4 autres malades traités, G. et L. n'obtinrent chez l'un que des résultats peu concluants; un autre interrompit la cure prématurément; enfin, les 2 derniers, loin de bénéficier du traitement, virent leurs symptômes d'intoxication thyroïdienne augmenter malgré une longue série de séances radiothérapiques, si bien que la thyroïdectomie dut être pratiquée dans un de ces cas. La clinique ne permet pas de dire pourquoi certains cas se montrent réfractaires à la radiothérapie.

P.-L. Marie.

W. S. Middleton. *Palpation de la rate.* — M. préconise un nouveau procédé de palpation de la rate. Il consiste à introduire l'avant-bras gauche du malade, fléchi à 80° environ, sous son dos, aussi loin que possible. Comme pour la palpation habituelle de la rate, les cuisses doivent être légèrement fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses; le patient respire tranquillement par la bouche. L'avant-bras ainsi plié exerce une pression sur les dernières côtes et remplace la main du médecin soulevant ces côtes pour mieux percevoir la rate dans une des méthodes usuelles de palpation de cet organe. Les deux mains du clinicien deviennent ainsi libres pour rechercher la rate le long du bord inférieur du thorax. On peut encore placer la main exploratrice parallèlement à ce bord, tandis que l'autre exerce une pression latérale sur la partie inférieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen.

M. est arrivé ainsi à palper la rate dans près des deux tiers des cas d'ictère catarrhal. Le bénéfice est surtout grand chez les adultes et chez les hommes, en particulier chez ceux qui ont un bras bien musclé. Un rouleau d'ouate, terminé en pointe, ou un sac de sable, pourrait sans doute remplacer le bras introduit sous le thorax, en procurant le déplacement des dernières côtes favorable à la palpation de la rate.

La palpation du foie et des reins est également facilitée par cette méthode.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

Tome XXXIX, n° 1, Janvier 1924.

P. Roux, Ph. Mc Master et R. D. Drury. *Quelques causes de la formation des calculs biliaires : 1) Cholélithiase expérimentale en l'absence de stase, d'infection et d'influences d'origine vésiculaire.* — R., M. et D. se proposent d'étudier dans une série de recherches expérimentales les causes de la lithiase biliaire que la clinique n'a pas permis jusqu'ici d'élucider avec certitude.

Ils ont constaté la formation de calculs chez le chien dans des conditions telles que l'infection, la stase biliaire, l'activité propre de la vésicule et l'inflammation des conduits biliaires pouvaient être sûrement mises hors de cause. Il s'agissait de chiens dont la vésicule biliaire était liée et dont le cholédoque était relié à un ballon collecteur, par un système de tubes de verre et de caoutchouc traversant la paroi abdominale. La stérilité de la bile recueillie était contrôlée quotidiennement. Dans ces conditions, il se développa des calculs chez 14 des 22 chiens opérés. Chez la plupart, la bile était demeurée stérile, et il est remarquable que, dans certains cas où la bile s'infecta, les calculs firent défaut.

Chez certains animaux, les calculs apparurent 2 semaines après l'opération; leur taille s'accrut avec la prolongation du drainage et dans 3 cas où la bile demeura stérile, ils arrivèrent à déterminer une obstruction totale au bout de 20 à 50 jours. Ces calculs siégeaient exclusivement sur les parois des tubes de verre et de caoutchouc, jamais il n'en fut trouvé dans les conduits biliaires mêmes. D'aspect assez uniforme, insolubles dans l'eau, ressemblant à des grains de poivre anguleux, d'autant moins pigmentés qu'ils étaient situés plus loin du cholédoque, et offrant souvent alors une structure cristalline, ils se montrèrent à l'analyse formés presque uniquement de carbonate et de bilirubinate de chaux, en proportion variable selon leur siège, les plus élevés contenant plus de bilirubinate, les plus bas situés dans le système collecteur étant composés presque uniquement de carbonate. Ils ne renfermaient pas de cholestérine; tous présentaient une charpente organique de même forme que la concrétion.

On ne peut attribuer la production de ces calculs à la déperdition continue de la bile finissant par amener des altérations dans sa constitution : le simple remplacement de segments de cholédoque par des tubes de verre, sans détournement de la sécrétion biliaire, aboutit également à la formation de concrétions sur les tubes, la bile restant stérile.

Presque toujours aux calculs de carbonate de chaux s'associent des débris organiques, qui, d'après l'examen microscopique, paraissent favoriser la précipitation de ce sel. Ce n'est que très exceptionnellement que celle-ci semble se produire en l'absence d'un centre spécial de déposition; parfois une particule de talc provenant du caoutchouc sert de noyau, mais d'ordinaire le calcul se forme au milieu des petites masses de débris organiques ou bien le carbonate se dépose à la surface des calculs de bilirubinate. Par contre, la formation de ces derniers semble indépendante de la présence des débris organiques; mais, si on les traite par l'alcool acidifié qui dissout les sels de chaux et le pigment, on découvre dans la trame organique des particules pigmentées, différentes du reste de la substance des calculs, qui semblent avoir été des centres de précipitation autour desquels se sont déposés les sels, ainsi que l'attestent les couches concentriques qu'on peut observer dans certaines conditions favorables.

P.-L. Marie.

P. Rous, D. R. Drury et Ph. Mc Master. *Quelques causes de la formation des calculs biliaires : 2) Rôle de certains noyaux de précipitation dans la cholélithiase expérimentale.* — Dans ce travail, R., D. et M. ont en vue l'étude des tout premiers stades de la cholélithiase expérimentale, et en particulier le rôle que jouent les noyaux préformés qui semblent servir de centre de précipitation pour les constituants du calcul.

Pour établir la nature et l'origine de ces particules, le sédiment laissé par la bile stérile provenant du tube collecteur fut examiné quotidiennement. On y trouve très souvent des cristaux imparfaits de carbonate de chaux, plus ou moins pigmentés. Si le foie ou les conduits biliaires ont été lésés, il existe en outre une grande quantité de débris organiques variés, mais jamais ils ne déterminent la précipitation, sauf lorsqu'ils s'accumulent sur la paroi des tubes collecteurs. Pendant les 2e et 3e jours après l'opération, la bile renferme une poudre brunâtre, formée de sphères très réfringentes soit isolées, soit groupées par paires ou en concrétions irrégulières qui servent de centre à la précipitation du carbonate de chaux qui forme autour d'elles des couches concentriques. Ces noyaux de précipitation deviennent exceptionnels après le 6e jour, mais ils réapparaissent si le foie est lésé de quelque façon que ce soit, par le chloroforme par exemple. Ces noyaux, qui font défaut dans la bile normale, se produisent *in vivo* comme l'indique leur présence dans de petits cylindres de mucus formés évidemment dans les petits conduits biliaires; ils paraissent composés de carbonate et surtout de bilirubinate de chaux et d'une trame organique.

Lorsque le foie a été lésé par les procédés qui déterminent un ictère, on trouve dans le tissu hépatique des éléments analogues aux thrombus biliaires de Naunyn. De leur étude microchimique il résulte que s'ils ressemblent sous bien des rapports aux noyaux de précipitation, ils en diffèrent par certains caractères essentiels; en particulier jamais il ne se dépose sur eux de carbonate de chaux.

Dans la bile humaine stérile de fistule, et chez les lithiasiques seulement, on trouve, à côté de cristaux de cholestérine, des sphérolithes, concrétions concentriques, formées de carbonate de chaux, autour desquelles on voit parfois la cholestérine se déposer. Ces sphérolithes ont une ressemblance frappante avec les noyaux rencontrés chez les chiens; ils paraissent aussi jouer un grand rôle dans la formation des calculs, mais ce point appelle de nouvelles recherches.

De l'ensemble de ces constatations, il ressort que le développement des calculs de carbonate, chez l'homme comme chez le chien, peut être la conséquence, non de modifications dans la bile apportées par les microorganismes, ni de la production d'un exsudat inflammatoire riche en sels de chaux, mais simplement d'une inflammation diminuant la motilité des canaux excréteurs et permettant aux débris organiques de s'accumuler. Le fait que l'infection est en clinique presque le seul facteur à susciter et à entretenir une telle inflammation a conduit trop souvent à conclure qu'elle est l'agent essentiel du processus de calcification.

Comme l'indiquent ces expériences, le facteur individuel, impossible à préciser davantage, joue en outre un grand rôle dans le problème de la lithiase.

P.-L. Marie.





DÉFICIENCE du FOIE

DANS L'UNE QUELCONQUE DE SES FONCTIONS

CONGESTION et INSUFFISANCE

ENTÉRITE MUCO - MEMBRANEUSE

AUTO-INTOXICATION

L'Association Médicamenteuse :

KINKÉLIBAH-COMBRETUM, BOLDO, EVONYMINE

dénommée

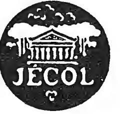
JÉCOL

STIMULE ET RÉGULARISE

la CELLULE HÉPATIQUE

1 à 2 Cachets après chaque repas

Le Jécol est au foie ce que la digitale est au cœur



c'est l'auxiliaire physiologique de tout traitement entéro-hépatique

Laboratoire : 36, rue Rivay LEVALLOIS près PARIS	CACHETS - JÉCOL	Se trouve dans les bonnes Pharmacies

R. C. Seine 28.624



REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

Tome XCVII, n° 11, 5 et 7 Février 1924.

Ducamp, Mans et Raux (de Montpellier). ***Contribution à l'étude du sang dans les cirrhoses de Laënnec.*** — Les examens du sang des malades à foie cardiaque montrent une morphologie hématique, des numérations globulaires et des formules leucocytaires relativement normales. Mais l'étude de la tension artérielle donne une hypotension nette et constante, seule analogie que les foies cardiaques présentent avec les cirrhoses de Laënnec.

Les examens du sang des cirrhotiques montrent une anisocytose et une poïkilocytose légères (dans 2 observations sur 4) ; une anémie toujours marquée, quelquefois intense, d'autant plus accentuée que l'affection est plus ancienne et plus grave ; une leucocytose décrivant une courbe inverse de celle que trace l'anémie ; des formules leucocytaires différentes suivant l'élément étiologique incriminé : mononucléose nette dans 2 cas à Bordet-Wassermann positif ; polynucléose dans 1 cas à Bordet-Wassermann négatif ; enfin, une hypotension artérielle dont la courbe suit minutieusement les accidents dans l'évolution de la maladie, courbe qui s'abaisse dans les aggravations et s'élève dans les améliorations pour devenir progressivement normale lors de l'entrée en convalescence De plus, les variations respectives des tensions maxima et minima montrent un écart d'autant plus considérable qu'on s'approche de la terminaison heureuse de la maladie. L'apparition dans le sang des éosinophiles dont le nombre va croissant à l'approche de la convalescence a une valeur pronostique indéniable. Ces divers examens peuvent donc donner quelques indications utiles pour établir l'étiologie, le pronostic et le traitement.

L. Rivet.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Tome XV, n° 1, Janvier 1924.

G. Paisseau et Iser-Solomon. ***Etude radiologique de la pneumonie de l'adulte.*** — P. et I. ont suivi à l'écran une trentaine de pneumonies de l'adulte, ce qui leur a permis de préciser certains points de la question.

Pour la pneumonie grippale, l'origine hilaire et l'évolution centrifuge semblent devoir être acceptées sans conteste. Pour la pneumonie franche, les constatations des auteurs les conduisent à admettre l'origine habituellement corticale de l'hépatisation; toutefois, la forme du foyer est subordonnée à ses diverses localisations.

P. et I. ont étudié 6 cas de pneumonies du lobe supérieur, auxquelles correspondait chaque fois une image triangulaire parfaitement nette, conformément à la description de Weill et Mouriquand. Comme, d'autre part, les pneumonies du lobe inférieur ne leur ont pas paru affecter la forme triangulaire, ils concluent que la fréquence respective du triangle pneumonique chez l'adulte et chez l'enfant est uniquement conditionnée par la différence de fréquence de cette localisation chez l'adulte où elle est relativement rare et chez l'enfant où elle est presque la règle; le triangle pneumonique n'est ni plus ni moins rare chez l adulte que la pneumonie du lobe supérieur qu'il caractérise radiologiquement. P. et I. ont également observé le triangle pneumonique dans deux cas de pneumonie du lobe moyen.

Par contre, pour les pneumonies du lobe inférieur, l'existence du triangle pneumonique paraît rare, sinon douteuse: ici, les images sont variables et ne peuvent se ramener à un type uniforme. L'envahissement du sinus s'accompagne habituellement d'une immobilisation plus ou moins totale du diaphragme qui traduit la participation de la plèvre au processus.

Dans certaines pneumonies particulièrement graves, l'ombre peut intéresser toute l'étendue du champ pulmonaire, sauf l'extrémité apicale ; dans un cas de ce genre, les auteurs ont vu à l'autopsie qu'un seul lobe, l'inférieur, était hépatisé, l'opacité du lobe supérieur étant due à une pleurésie à fausses membranes fibrino-purulentes, peut-être liée d'ailleurs à un foyer hépatisé résorbé.

Sur les 7 cas de triangle observés, les auteurs ont, dans un cas de pneumonie du lobe moyen examiné dès les premières heures, assisté à la formation d'un triangle à début axillaire non douteux. Chez plusieurs autres malades, ils ont vu le sommet du triangle, encore séparé du hile, s'effiler vers le médiastin par progression centripète, conformément à la description de Weill et Mouriquand. L'origine corticale et l'évolution de dehors en dedans de la pneumonie du lobe supérieur semblent donc devoir être considérées comme la règle.

Après avoir précisé l'évolution de l'image pneumonique, P. et I. discutent la valeur des arguments radiologiques invoqués par l'école lyonnaise en faveur de l'origine septicémique de la pneumonie : forme triangulaire de l'ombre pneumonique, début cortical de l'hépatisation, date d'apparition de l'image radioscopique par rapport aux signes d'invasion de la pneumonie. En présence de faits contradictoires, il ne semble pas, disent-ils, que l'étude radiologique de la pneumonie soit susceptible d'apporter une contribution de quelque intérêt sur ce point de la pathogénie de la pneumonie; on peut même se demander si une question de ce genre est bien du ressort de la radioscopie.

P. et I. apportent ensuite quelques précisions sur la pneumonie à début hilaire, la pneumonie centrale, la pneumonie muette, l'absence des signes stéthoscopiques n'étant pas toujours liée au siège central de la pneumonie. Puis ils précisent les éléments du diagnostic radiologique de la pneumonie avec la broncho-pneumonie, la tuberculose, l'infarctus et les pleurésies, surtout partielles.

Quelle que soit l'utilité du diagnostic radiologique de la pneumonie, l'image pneumonique ne pourrait, bien souvent, être interprétée indépendamment des signes cliniques ; l'image triangulaire elle-même, bien qu'elle réponde dans la majorité des cas à un foyer hépatisé, peut être réalisée par d'autres affections et ne saurait autoriser un diagnostic purement radiologique.

Au point de vue du pronostic, Weill et Mouriquand insistent avec raison sur la signification grave de l'apparition précoce de l'ombre et de son extension large et rapide. L'examen radiologique fournit encore des renseignements forts utiles sur l'évolution et le pronostic, lorsqu'il permet de dépister une complication, telle qu'une pleurésie ou un abcès du poumon

L. Rivet.

E.-J. Bigwood (de Bruxelles). ***L'équilibre physico-chimique du sang dans l'épilepsie. L'équilibre acide-base (1er Mémoire).*** — B. cherche à définir, dans ce premier mémoire, le trouble humoral dont l'épileptique est la victime : ce trouble humoral est superposable au démembrement que la clinique a établi dans le cadre de l'épilepsie. B. analyse les expériences qui lui ont permis d'établir le rôle causal de ce trouble humoral dans la pathogénie des crises comitiales et de poser les bases rationnelles sur lesquelles il faut chercher à appuyer un traitement logique de la maladie.

Ces recherches l'ont amené à mettre préalablement au point une méthode de dosage des ions calcium libres du sang, et à établir la dépendance réciproque qui relie la teneur du sang en ions calcium à celle de ses ions H, à l'état physiologique.

Les deux groupes principaux de constituants chimiques du sang et des humeurs : colloïdes et ions métalliques, sont tributaires de la réaction du milieu. Celle-ci domine l'équilibre physico-chimique de ces humeurs.

L'organisme est puissamment armé pour maintenir constante la neutralité physiologique du milieu dans lequel il entretient la vie. Le moindre écart pathologique de cette neutralité entraîne des perturbations dont les conséquences sont incompatibles avec la vie. B. précise les facteurs du mécanisme régulateur de la réaction du sang, dont la coordination peut être mise en évidence par la formule de L.-J. Henderson.

Si la mesure de la concentration en ions H est réalisable dans le sang, il n'a pas encore été possible de déterminer cette concentration directement dans les humeurs, dans lesquelles baignent les cellules des tissus. Mais vraisemblablement la réaction des humeurs tissulaires est-elle très sensiblement la même que celle du plasma sanguin. B. précise le choix de la méthode de mesure de la concentration en ions H du sang, et les limites physiologiques de la réaction du sang. Il estime que les valeurs limites de 7,30 et 7,40 représentent largement le taux normal de la concentration en ions H du sang ; la moyenne de ses résultats est de 7,36 pour le *p*H réduit.

L. Rivet.

ARCHIVES
des
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION
(Paris)

Tome XIV, N° 1, Janvier 1924.

J.-Ch. Roux et R. Goiffon. ***Les acides organiques de fermentation dans les selles. Leur mesure, leur valeur clinique.*** — La principale difficulté des dosages de ce genre venait de l'impossibilité de filtrer l'émulsion fécale pour en obtenir un liquide clair : elle a été écartée par l'emploi d'une méthode de clarification par adsorption analogue au collage, employé en viticulture.

R. et G. décrivent leur technique, qui est simple, rapide, et ne nécessite pas d'outillage compliqué. Elle permet de doser les acides de fermentation (lactique, succinique, acétique, butyrique, valérianique, formique, etc.), acides formés par les fermentations hydrocarbonées.

Leurs expériences, portant sur plus de 1.500 selles, confirment les résultats fournis antérieurement par le dosage des acides gras volatils. Sur près de 500 selles, ils ont pratiqué simultanément les deux dosages : les acides organiques se sont montrés en moyenne 2,8 fois plus élevés que les acides gras volatils.

Des fermentations doivent normalement se développer dans l'intestin après un régime mixte ; il semble que tout abaissement ou toute augmentation de leur activité soit l indice d'un trouble intestinal. Dans les selles consécutives à des troubles digestifs, les variations des acides organiques de fermentation sont souvent importantes ; leur augmentation est toujours le signe de fermentations excessives; leur diminution est l'indice soit d'une entrave apportée aux fermentations normales par des putréfactions précoces ou par une évacuation prématurée, soit d'une dilution des matières par hypersécrétion.

R. et G. décrivent les syndromes coprologiques principaux où le dosage des acides organiques tient une place importante, ou qu'il permet seul de reconnaître.

L'augmentation des acides organiques s'observe dans la dyspepsie intestinale fermentative (colite avec fermentations gazeuses acides); dans les selles de colite avec fermentations non gazeuses, acides ; dans les selles de colites avec fermentations sans acidité, dans lesquelles la formation d'acides organiques aux dépens des hydrates de carbone peut être accompagnée de deux phénomènes de défense, afflux de bases alcalines, putréfaction alcaline qui produisent la neutralisation.

Les auteurs envisagent ensuite les cas où l'on constate dans les selles une diminution du taux des acides organiques : selles de fermentation acide, avec diminution des acides organiques ; selles de putréfactions précoces ; selles du grêle ; selles d'hypersécrétion gauche sans transit rapide.

Les chiffres donnés par le dosage des acides organiques semblent être l'image exacte de l'activité de la flore intestinale fermentative. On conçoit dès lors tout l'intérêt de leur recherche.

L. Rivet.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

Tome LXXVII, n° 5, 2 Février 1924.

Delbeke. ***Principes, technique et critique de la méthode des injections intrarachidiennes dans le traitement de la neuro-syphilis.*** — La question du diagnostic et du traitement de la neuro-syphilis, quelles que soient les méthodes employées, ne semble pas au point, pas plus d'ailleurs que toutes les théories sur lesquelles on s'appuie, et, en fin de compte, la clinique seule garde tous ses droits.

La méthode de thérapeutique intraarachnoïdienne préconisée par Bertrand paraît précaire, car elle n'amène aucun changement dans le liquide céphalo-rachidien, si ce n'est une forte réaction méningée, décelée par l'hypercytose qui finit par revenir à sa teneur primitive. Quant à la méthode complète au sérum salvarsiné elle réalise une perméabilisation méningée qui est fonction de la maladie elle-même, et D. ne voit pas, en théorie du moins, l'avantage qu'il y a à introduire un sérum décomplété dans un milieu incapable, en cas de Bordet-Wassermann négatif, de fournir le complément qui doit le réactiver.

D'autre part, les résultats du traitement de la neuro-syphilis par voie intraveineuse ou sous-cutanée sont pleins de promesses. L'arsenic introduit par voie sanguine pénètre dans le liquide céphalo-rachidien, puisqu'on peut l'y déceler une demi-heure après, mais disparaît au bout de 24 heures. Le même phénomène se produit pour le sang.

Aussi D. pense-t-il que l'avenir appartient à la méthode sous-cutanée, où l'élimination est plus lente et par conséquent l'imprégnation thérapeutique plus constante. Avec les sels de bismuth et le 606 injectable sous la peau, on trouvera le moyen d'améliorer non seulement les syphilitiques nerveux, mais tous les viscéraux.

Aussi l'auteur rejette-t-il une méthode thérapeutique incertaine dans ses fondements, douloureuse dans ses effets immédiats et dont les statistiques sont encore trop insuffisantes. L. Rivet.

Vernieuwe. ***Le signe de l'inégalité pupillaire ou signe de Roque en oto-rhino-laryngologie.*** — V. a noté du myosis unilatéral dans 36 pour 100 des cas d'angines phlegmoneuses. Comme H. Vincent, il pense que le myosis apparaît alors que l'inflammation retentit sérieusement sur le voile du palais. Dans certains cas, un myosis latent peut être mis en évidence, provoqué par instillation dans les deux yeux d'un collyre au chlorhydrate de cocaïne à 4 pour 100. Ce myosis relève d'une excitation réflexe du nerf III, partant du voile du palais.

En oto-rhino-laryngologie, l'anisocorie est d'ailleurs plus fréquemment due au grand sympathique qui, excité, donnera une mydriase unilatérale, suivie de myosis si la paralysie survient. Ce fait se produit à la suite des anévrismes, des tumeurs médiastinales et plus spécialement de l'engorgement ganglionnaire cervical. On peut observer l'anisocorie d'origine sympathique dans ses deux phases successives chez des malades affectés de tumeurs malignes de l'amygdale, du rhino-pharynx, du larynx, de lymphomes malins du cou, de goitres en dégénérescence, etc. V. rapproche ces faits de ceux signalés par Sergent et ses élèves, notamment dans la pleurésie apicale et dans les blessures de guerre atteignant le sympathique. L. Rivet.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Tome LIV, n° 3, 17 Janvier 1924.

O. P. Steiner (d'Atlanta, Etats-Unis). ***L'abdominoscopie.*** — S. pratique l'endoscopie abdominale à l'aide d'un appareil auquel il donne le nom d' « abdominoscope » et qui se rapproche, par sa conception optique et par sa forme, d'un cystoscope ordinaire. L'examen est rendu possible grâce à l'insufflation d'air dans la cavité péritonéale. Cette insufflation est facile à réaliser par l'intermédiaire de l'endoscope et ne comporte aucun danger, lors même que la quantité injectée n'est pas l'objet d'une mesure précise. La filtration se fait simplement à travers un tampon d'ouate.

Pour pratiquer l'examen, on fait, vingt minutes auparavant, une injection de morphine; puis, après désinfection à la teinture d'iode et anesthésie locale de la paroi et du péritoine environnant à la novocaïne, on pratique une courte incision à la peau, et on ponctionne à l'aide d'un trocart muni d'une demi-canule, et dont le calibre répond à celui de l'abdominoscope. On remplace ensuite le trocart par l'abdominoscope, et on retire la demi-canule. On peut alors pratiquer l'insufflation d'air. L'air s'accumule dans les parties les plus élevées du péritoine, vers lesquelles on peut diriger l'abdominoscope, toujours sous le contrôle de la vue, de manière à apprécier la situation, la forme, la couleur et même la consistance des différents organes. En faisant varier la position du patient, et en procédant méthodiquement, on peut ainsi explorer, suivant le lieu de la ponction, tantôt tout l'étage sus-ombilical, tantôt tout l'étage sous-ombilical et le petit bassin. Les images sont d'une surprenante netteté.

Une fois l'examen terminé, on laisse peu à peu s'échapper le gaz; puis on retire l'endoscope; on pose un point de suture profond et on place un petit pansement.

On peut, à la rigueur, se servir, au lieu d'abdominoscope. d'un cystoscope ordinaire.

Il est facile de présumer tous les services que peut rendre cette méthode pour le diagnostic des affections abdominales et gynécologiques, s'il est vrai, — comme l'affirme l'auteur, — qu'il s'agisse d'une exploration aussi facile et aussi inoffensive que la cystoscopie. J. Mouzon.

N° 5, 31 Janvier 1924.

W. Knoll (d'Arosa). ***Sang et formule sanguine dans la montagne.*** — K. compare les modifications sanguines que provoque l'altitude chez les tuberculeux et celles qu'on peut observer normalement. Il pense que ces modifications ne sont pas le fait des altérations de la circulation capillaire, comme l'avait pensé Liebesny, car, si l'on prend la précaution de pratiquer toujours l'examen capillaroscopique après épreuve du bain chaud (42°), on constate que la circulation granuleuse est aussi fréquente en plaine qu'à l'altitude.

Les modifications provoquées par l'altitude consistent en augmentation du chiffre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, et en diminution de la viscosité et du pouvoir réfractométrique du sérum, ces derniers phénomènes se présentant comme un mécanisme compensateur à l'égard de l'hyperglobulie.

L'augmentation du chiffre des globules l'emporte parfois sur l'augmentation de l'hémoglobine ; parfois également, — mais plus rarement — l'inverse peut se produire. La valeur globulaire est, par conséquent, tantôt accrue, tantôt abaissée. Dans certains cas, on peut observer des hyperglobulies de 7 millions et plus, avec afflux de microcytes, mais il s'agit là de poussées réactionnelles, qui peuvent durer des jours, des semaines ou même des mois, mais qui ne doivent pas être considérées comme des résultats durables. Exceptionnellement, chez les sujets non anémiques, on peut voir l'hyperglobulie remplacée par l'hypoglobulie.

Ces phénomènes ont pour résultat d'augmenter la surface d'échanges respiratoires du sang, et ils sont rendus nécessaires par la diminution de la tension de l'oxygène dans l'atmosphère de la montagne, en même temps que par l'augmentation du métabolisme, que l'on constate en pareil cas. K. s'efforce de calculer mathématiquement l'importance de cet accroissement de surface, et il trouve, pour l'ensemble du sang, 300 à 400 mètres carrés.

Chez les tuberculeux au début, une bonne réaction hyperglobulique et hyperhémoglobinique est d'un bon pronostic pour la suite. Mais c'est seulement au bout de plusieurs mois qu'on peut considérer le bénéfice hématologique comme consolidé. Chez les tuberculeux avancés, il y a souvent chute du chiffre des globules et du taux de l'hémoglobine au moment de l'arrivée en montagne : c'est le cas des cachectiques. Mais, d'autres fois, au contraire, la numération et l'hémoglobinimétrie donnent des chiffres élevés : c'est ce qui s'observe dans les formes qui s'accompagnent d'asphyxie. Enfin, dans les tuberculoses chirurgicales, qui tirent généralement un bénéfice important de la cure d'altitude, il est remarquable de constater que les chiffres de globules et d'hémoglobine restent relativement faibles. Ce fait est sans doute en rapport avec l'héliothérapie à laquelle sont soumis les malades de cette catégorie. La pigmentation, que provoque l'insolation, est, en effet, le témoin d'une destruction globulaire exagérée.

Parmi les tuberculeux qui réagissent mal à la cure d'altitude au point de vue hématologique, il y en a qui sont améliorés, au contraire, par la médication arsenicale et ferrique. Bien entendu, la poussée d'hyperglobulie fait également défaut chez les malades qui sont eux-mêmes originaires de régions de montagnes. C'est une condition défavorable pour la cure chez cette catégorie de malades.

J. Mouzon.

LA PEDIATRIA
(Naples)

Tome XXXII, fasc. 3, 1er Février 1924.

Alberto Dalla Valle (de Parme). ***Contribution à l'histologie de la maladie de Barlow.*** — Les lésions siègent surtout au niveau des parties osseuses molles : périoste, tissu spongieux, moelle osseuse, et elles se manifestent en particulier par des hémorragies récentes. Ces dernières sont aisément visibles; anciennes, elles sont décelables par la pigmentation brunâtre qu'elles provoquent ou mieux par la réaction de Perls (solution de ferrocyanure de potassium à 2 pour 100 et d'acide chlorhydrique à 1 pour 100). Ces pigmentations, toutefois, sont presque de règle dans l'ostéomalacie et elles peuvent être observées dans le rachitisme.

Du côté de la zone d'ossification, on note un amincissement extrême des jeunes trabécules ostéoïdes et un état poreux anormal des trabécules de remplacement, mais ces lésions sont sensiblement les mêmes que celles de l'ostéomalacie.

La lésion vraiment typique de la maladie de Barlow est une dégénérescence spéciale de la moelle osseuse caractérisée par la substitution partielle à la moelle lymphoïde classique d'un tissu analogue au tissu connectif embryonnaire. D'après Schœdel et Nauwerk, cette transformation fibreuse de la moelle osseuse n'est liée en aucune façon à la production des hémorragies, contrairement à l'opinion émise par Barlow et ultérieurement par Looser.

D. V. ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de 2 enfants atteints de maladie de Barlow, l'un au stade de début, l'autre à une période avancée, estime que la lésion essentielle siège au niveau du tissu de soutènement de la moelle osseuse et de la zone interne du périoste. Cette lésion, selon lui, précède certainement l'apparition de l'hémorragie intramédullaire. Les autres altérations osseuses sont secondaires. G. Schreiber.

M. Macciotta (de Sassari). ***Contribution à l'étude du traitement de la coqueluche par l'éther.*** — Les injections intramusculaires d'éther ont été préconisées en 1914 contre la coqueluche par Audrain, qui attribue à ce produit une vertu bactéricide analogue à celle qu'il posséderait contre la variole (Du Castel), l'influenza, la broncho-pneumonie, la tuberculose aiguë, la pneumonie, la rougeole, la scarlatine, etc. Caronia et avec lui Mancinelli et Magni ne croient pas que l'éther soit doué dans la coqueluche d'une action antiseptique très notable; ils estiment plutôt qu'il agit d'une façon favorable par ses propriétés antispasmodiques, ce qui explique l'influence nulle de la cure éthérée à la période catarrhale et ses résultats meilleurs au stade convulsif.

M. a traité par les injections d'éther un premier groupe de 46 enfants atteints de coqueluche à ses différents stades. Il a pratiqué en moyenne 4 à 6 injections de 1 à 2 cmc suivant l'âge. Les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants que ne le prétend Audrain. Une guérison rapide n'a été obtenue que dans 6 cas (soit 13 pour 100). Dans 8 cas (17,4 pour 100) les accès ont diminué et les quintes sont devenues moins violentes ; dans 15 cas (32 pour 100) l'amélioration très légère n'a été que transitoire; dans 17 cas (37 pour 100) aucun changement n'a été constaté. En somme, résultats négatifs ou à peu près dans 69 pour 100 des cas.

M. a soumis un second groupe de 56 coqueluchenx à des injections d'éther additionnées de 10 centigr. d'huile camphrée et de 1/3, 1/2 ou 1 milligr. de chlorhydrate d'adrénaline suivant l'âge. Cette formule ne donne pas des résultats supérieurs à la précédente au point de vue de la guérison, mais elle paraît exercer une influence plus heureuse sur l'état général et diminuer les vomissements.

G. Schreiber.


POMMADE
ADRÉPATINE
SUPPOSITOIRES

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Tome III, n° 5, 29 Janvier 1924.

H. Holthusen (de Hambourg). ***Dosage biologique des rayons de Rœntgen au moyen d'œufs d'ascarides.*** — Les œufs doivent être retirés des utérus d'ascarides femelles fraîchement obtenues d'un abattoir de chevaux. On n'utilise que des œufs réellement mûrs et fécondés, tels qu'on les trouve dans la portion inférieure de l'utérus, en partant du vagin jusqu'à environ 1 cm. au-dessus de sa bifurcation. Ces œufs mûrs se distinguent, d'ailleurs, par la présence d'un large espace périvitellin qui sépare leur protoplasme d'avec la membrane de l'œuf.

Sur une lame porte-objet on exprime, à l'aide d'une aiguille mousse, ces œufs des organes génitaux du ver et on les mélange soigneusement avec une goutte d'eau. La masse homogène ainsi obtenue est divisée en plusieurs portions grosses chacune comme une tête d'épingle et qui sont ou bien aussitôt irradiées sur des lamelles de celluloïde (méthode A), ou bien conservées en vue d'irradiations ultérieures (méthode B). Dans ce dernier cas, on emploie un dispositif particulier qui, grâce à la présence d'un petit tampon imbibé de pyrogallol, empêche le développement des œufs en larves, tout en permettant de les maintenir à l'état vivant pendant une période de 2 à 3 semaines. Toutefois, la sensibilité des œufs ainsi conservés à l'état anaérobie égale seulement le tiers de celle des œufs exposés à l'air libre.

Après irradiation, qui nécessite 1/2 à 1 dose cutanée pour les préparations aérobies et 2 à 3 doses pour les préparations anaérobies, les œufs sont placés dans une boîte de Petri dont le fond est garni de papier buvard humecté, et mis dans une étuve à 37°, où leur développement en larves s'effectue en 4 jours, alors qu'à la température de la chambre il nécessite de 10 à 14 jours. Pendant ce laps de temps, les œufs normaux, non irradiés, ont donné naissance à de petits vers couchés dans la coque de l'œuf et animés de mouvements; les œufs qui ont été soumis à l'irradiation présentent des malformations caractéristiques en proportion plus ou moins considérable. En calculant cette proportion sur environ 300 ou 500 œufs, on obtient le *degré de lésion* exprimé en pourcentage. On peut ainsi construire une courbe qui donnera l'augmentation successive de ce degré de lésion en rapport avec la durée et l'intensité de l'irradiation.

Ce procédé présenterait l'avantage de permettre d'évaluer la dose numériquement. D'autre part, les dimensions très restreintes de l'objet servant à l'épreuve excluent, lorsqu'il s'agit de mensurations comparées, les différences dans la répartition de l'intensité à l'intérieur de l'objet. La résistance considérable des œufs d'ascarides assure à la méthode une très grande fidélité. Il est à noter que, en milieu anaérobie, la sensibilité des œufs non seulement reste constante pendant un laps de temps considérable, mais qu'elle est aussi indépendante des variations de la température de 4 à 37°; dans ces limites, on n'a donc pas besoin de tenir compte de la température lors de l'irradiation.

Par contre, l'inconvénient du procédé réside dans ce fait que comme base de comparaison on ne peut se servir que d'œufs du même ver, la sensibilité moyenne des œufs de diverses provenances étant sujette à des variations qui sont loin d'être négligeables. L. Cheinisse.

S. Hetényi et **S. Sümegi** (de Budapest). ***Sur la sensibilité réelle à l'adrénaline chez les hypertendus.*** — Avec Csépai, H. et S. distinguent la sensibilité *réelle* à l'égard de l'adrénaline de la sensibilité *apparente*.

Les modifications de la pression artérielle consécutives à l'injection sous-cutanée de 1/2 à 1 milligr. d'adrénaline et qui sont notées au bout de 2, 5, 10, 20 et 30 minutes dépendent, pour une grande part, des variations individuelles de l'absorption et constituent la sensibilité *apparente* à l'adrénaline.

Pour exclure cette cause d'erreur et déterminer la sensibilité *réelle*, Csépai injecte dans les veines de 0 milligr. 01 à 0 milligr. 3 d'adrénaline convenablement diluée (solution de chlorure de sodium à 0,9 p. 100), après quoi il mesure la pression sanguine toutes les 15 secondes pendant les 2 premières minutes, toutes les 30 ou 60 secondes ensuite, jusqu'au retour au chiffre initial (ce qui se produit généralement au bout de 3 à 4 minutes).

En se servant de ce procédé, H. et S. ont toujours trouvé, chez les hypertendus, une exagération de la sensibilité réelle à l'adrénaline.

Ce qui est aussi à retenir, c'est que des doses minimes d'adrénaline peuvent provoquer des abaissements de la pression sanguine même dans les cas d'hypertension où l'on constate par ailleurs une sensibilité exagérée à l'adrénaline. Cela permet de comprendre les diminutions de la pression sanguine qui ont été notées par certains auteurs après injection sous-cutanée d'adrénaline : c'est que, dans ces cas, seulement une quantité trop faible d'adrénaline a été absorbée. L. Cheinisse.

N° 6, 5 Février 1924.

Prof. P. Reyher (de Berlin-Weisensee). ***Contribution à la pathogénie des troubles de nutrition chez les nourrissons.*** — R. estime qu'il n'existe que des troubles de nutrition par alimentation défectueuse. Les troubles de nutrition considérés comme d'origine constitutionnelle ne sont eux-mêmes que des troubles congénitaux *ex alimentatione* ; quant aux troubles de nutrition d'origine infectieuse, ils ne sont que des conséquences des troubles alimentaires. Il insiste notamment sur le rôle étiologique de la carence en vitamines, en distinguant, à ce point de vue, 3 sortes d'avitaminoses : 1° avitaminose B ou spasmogène; 2° avitaminose C ou scorbutique; 3° avitaminose combinée B + C.

Les divers tableaux cliniques sous lesquels se présentent les troubles de nutrition chez les nourrissons ne sont que des phases variées d'une de ces avitaminoses. Plus le tableau clinique est grave, plus marquée et plus ancienne est la carence à laquelle on a affaire; le traitement approprié par apport des vitamines correspondantes sera, lui aussi, d'autant plus lent.

Pour combattre la carence en vitamine C, R. recommande le jus de citron, le jus d'orange, le jus de framboise. Contre l'avitaminose B, il préconise une préparation spéciale de levure sèche. Lorsque le tableau clinique revêt la forme d'une intoxication, la meilleure alimentation est le lait de femme et le babeurre provenant de vaches qui reçoivent une nourriture riche en vitamines. L. Cheinisse.

N° 7, 12 Février 1924.

Prof. W. Laufberger (de Brunn). ***Théorie de l'action de l'insuline.*** — On sait que l'injection d'insuline amène, en l'espace de 3 heures, la disparition du sucre sanguin et du glycogène hépatique. Que devient ce sucre ? A cela on répond que le sucre est brûlé sous l'influence directe de l'insuline, ou bien qu'il se transforme en un hydrate de carbone ayant d'autres propriétés, ou encore qu'il peut passer du sang et du foie dans d'autres tissus.

L. critique et réfute chacune de ces réponses. Pour lui, l'insuline arrête la production des hydrates de carbone. La quantité de sucre sanguin est si petite par rapport aux besoins de l'organisme qu'elle doit être constamment renouvelée. Or, le glycogène du foie ne saurait suffire que pendant 2 heures à remplacer le sucre sanguin utilisé. Dans les conditions normales, le glycogène se reproduit avec la même rapidité qu'il diminue. Mais, après une injection d'insuline à forte dose, on voit se produire des convulsions hypoglycémiques, et cela justement au bout de 2 heures, lorsque le taux du sucre sanguin a atteint un niveau très bas et que la provision de glycogène dans le foie est presque complètement épuisée. Si le sucre et le glycogène sont entièrement consommés, l'animal succombe. Tel est le mécanisme d'action que L. attribue à l'insuline, et il en voit la preuve dans ce fait que même par des doses insolites d'insuline on ne réussit pas à accélérer la mort de l'animal en expérience. C'est ainsi qu'il a injecté à des rats le centuple de la dose mortelle pour ces animaux, sans parvenir jamais à déterminer leur mort en moins de 3 heures.

On remarquera que cette théorie tend à enlever au glycogène la signification qu'on lui reconnaissait jusqu'à présent. Ce ne serait plus une substance de réserve, puisqu'elle ne suffirait aux besoins de l'organisme que pendant un court laps de temps. Le rôle de véritables matières de réserve serait dévolu uniquement aux graisses. L. Cheinisse.

Prof. E. Abderhalden (de Halle). ***Quelques réflexions sur les avitaminoses et les anincrétinoses.*** — La nature des vitamines reste encore inconnue, et l'on sait fort peu de chose sur la manière dont elles se comportent dans l'organisme. Mais ce qui est certain, c'est que pour qu'elles puissent exercer leur action, elles doivent rencontrer dans les tissus des conditions chimiques ou physico-chimiques déterminées. En l'absence de ces conditions, la présence de telle ou telle vitamine dans les tissus ne sert de rien.

De même les produits de sécrétion interne (*Inkretstoffe*) de la thyroïde, des surrénales, des glandes génitales, etc., ne peuvent exercer d'effets que s'il existe des conditions préalables déterminées dans les parties de l'organisme sur lesquelles ils doivent agir. On peut ainsi avoir affaire à ce que A. désigne sous le néologisme peu élégant d'*anincrétinose* (*Aninkretinose*), alors que la sécrétion interne de l'organe incriminé est parfaitement en ordre. La glande fournit bien sa sécrétion interne, mais celle-ci reste inefficace, par manque de conditions indispensables dans les tissus où doit s'exercer une action déterminée. C'est ce qui explique pourquoi l'organothérapie donne des résultats surprenants dans certains cas, tandis que dans d'autres elle échoue complètement. Les recherches de A. et Gellhorn ont montré que l'action de l'adrénaline se trouve renforcée par addition d'amino-acides. Des doses biologiquement inactives d'adrénaline deviennent efficaces lorsqu'on y ajoute des matériaux de construction de l'albumine. Il se peut que l'action de tous les produits de sécrétion interne soit conditionnée par des combinaisons déterminées.

Que de déceptions aussi dans les essais de traitement de certaines maladies par des vitamines! A côté de quelques résultats brillants, que d'échecs! Sans doute, la chose tient, en partie, à ce que nombre de préparations dites à base de vitamines n'en contiennent point en réalité. Mais, dans bien des cas aussi, on voit des substances très actives rester sans le moindre effet. Cela est particulièrement vrai pour les troubles de la croissance. Si à des enfants ayant subi un arrêt très marqué de croissance on administre des substances qui se montrent généralement très efficaces chez des souris et des rats dont la croissance a été artificiellement retardée, on obtient, dans quelques cas isolés, un résultat incontestable, mais chez la plupart des sujets on n'enregistre aucune influence favorable. Des constatations analogues ont aussi été maintes fois faites par A. sur des animaux, notamment sur des poulets.

On devra donc, dans les études ultérieures, s'appliquer à distinguer les véritables avitaminoses et anincrétinoses d'avec les cas où il n'y a pas de manque de vitamines ou de sécrétions internes, mais qui, en définitive, présentent des traits communs avec les premières parce que les cellules qui doivent être influencées par ces vitamines ou par ces sécrétions internes ne réalisent pas les conditions nécessaires à cette action spécifique. L. Cheinisse.

E. Joël (de Berlin). ***L'arc cornéen chez de jeunes sujets; contribution à l'étude de l'hypercholestérinémie et des dépôts de lipoïdes.*** — La nature chimique de l'altération qui constitue le gérontoxon ou l'arc sénile n'a été élucidée avec certitude qu'à une époque relativement récente. His et Virchow y voyaient une dégénérescence graisseuse. Plus tard, Fuchs en fit une dégénérescence hyaline avec infiltration calcaire. Mais Takayasu, ayant repris l'étude de la question à l'aide des réactions microchimiques, conclut de nouveau à la nature graisseuse de la lésion. En 1911, les recherches faites presque simultanément par Kawamura, d'une part, et par le professeur Pierre Marie et Guy Laroche, d'autre part, permirent de préciser la nature chimique des granulations qui constituent le gérontoxon en montrant qu'elles sont formées par des éthers de la cholestérine.

En présence des rapports établis entre l'hypercholestérinémie physiologique des vieillards et le dépôt de la cholestérine dans les parois de l'aorte et dans la cornée, J. s'est demandé si le développement d'un arc sénile *précoce* chez des sujets jeunes n'était pas lié aussi à une hypercholestérinémie.

Et, de fait, en étudiant, dans 10 cas de ce genre, la teneur du sang en cholestérine, J. fut à même de constater la présence d'une hypercholestérinémie plus ou moins accentuée.

Il n'existe donc pas de différence essentielle entre l'arc sénile et l'*arc juvénile*, pas plus au point de vue de leur pathogénie que de leur aspect.

L'arc juvénile indique donc des troubles dans l'équilibre des lipoïdes. Mais il n'a cette signification que dans les cas où l'opalescence se présente sous sa

forme caractéristique des deux côtés. Par contre, une altération unilatérale témoigne simplement des processus locaux de dégénérescence, sans reconnaître une origine hématogène. L. Cheinisse.

G. von Nagy (de Debreczen). ***Sur la technique et la valeur diagnostique de la ponction de la rate.*** — La ponction de la rate tuméfiée dans un but diagnostique fut proposée dès le milieu du siècle dernier, mais elle ne tarda pas à être abandonnée à la suite d'un certain nombre de cas de mort par hémorragie interne. Or, d'après von N., ces cas malheureux s'expliqueraient surtout par la contraction réflexe du diaphragme au moment où l'aiguille traverse le péritoine pariétal, contraction qui se produit malgré l'emploi préalable de la morphine et qui a pour effet de repousser la rate. Pour éviter ce « réflexe péritonéal » et ses conséquences fâcheuses, von N. pratique la ponction pendant l'inspiration maxima : le réflexe ne peut plus se produire sur le diaphragme contracté au maximum ; la rate reste ainsi immobile et la ponction peut être effectuée sans danger.

En cas de splénomégalie accentuée, von N. ponctionne au-dessous du rebord costal; s'agit-il, au contraire, d'une rate à peine ou point accessible à la palpation, il ponctionne dans celui des espaces intercostaux où l'on constate de la matité absolue dans l'inspiration la plus profonde. Le patient reçoit préalablement de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 de morphine *per os*, et la ponction est pratiquée en deux temps. On commence par ponctionner la peau et l'on arrête l'aiguille dans la musculature; le malade fait un ou deux mouvements respiratoires profonds et s'arrête en inspiration maxima : c'est alors seulement que l'on ponctionne la rate, ce que le patient supporte, dans ces conditions, sans la moindre émotion. En retirant l'aiguille, il faut avoir soin de continuer à aspirer avec la seringue, de façon à avoir le suc provenant, autant que possible, de la totalité de l'organe.

La ponction de la rate n'en reste pas moins une intervention sérieuse, nécessitant de très grandes précautions (elle peut être particulièrement dangereuse en cas de tendance à des hémorragies spléniques).

Quoi qu'il en soit, la ponction de la rate paraît susceptible de fournir des renseignements intéressants dans des splénomégalies dont l'étiologie est obscure et où l'examen parasitologique et bactériologique du sang est resté sans résultat (paludisme, septicémie, endocardite lente). C'est ainsi que dans des cas de paludisme à forme tierce simple, où l'on ne trouve que du sang périphérique qui paraît tout à fait stérile, ou ne montre que des anneaux, le liquide obtenu par ponction de la rate contient une quantité de plasmodies aux divers stades de leur développement.

La ponction de la rate a aussi une valeur diagnostique dans les anémies, notamment dans les formes larvées d'anémie pernicieuse, où elle montre des normoblastes et des mégaloblastes en quantité considérable.

Dans la syphilis et la tuberculose de la rate, on voit prédominer les cellules mononucléaires; les *Plasmazellen* font presque complètement défaut, ce qui n'est jamais le cas dans les rates infectées ou dans les tumeurs malignes. L. Cheinisse.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

Tome XX, n° 6, 10 Février 1924.

Prof. Ernst Czylharz et Ernst Pick (de Vienne). ***Les troubles vésicaux au début de la méningite tuberculeuse.*** — C. et P. rapportent 3 observations de méningites tuberculeuses de l'adulte, au cours desquelles la rétention d'urines a précédé de plusieurs jours l'apparition du syndrome méningitique proprement dit : raideur de la nuque, signe de Kernig. Dans ces 3 observations, l'évolution mortelle a été particulièrement rapide. Dans un cas analogue, Fischer a vu céder la rétention d'urines après ponction lombaire. C. et P. ont remarqué, dans les cas qu'ils ont observés, que, malgré la distension extrême de la vessie, le cathétérisme ne permettait une évacuation abondante que si l'on exerçait en même temps une pression sur le globe vésical. J. Mouzon.

Georg Schaltenbrand. ***Existe-t-il une scopolaminomanie chez les parkinsoniens?*** — Élève de Nonne et de Kræpelin, S. a étudié l'action de la scopolamine sur la rigidité parkinsonienne, et il s'est servi surtout pour cela de tests tels que le temps de réaction, la rapidité du calcul, qui mettent en jeu, en même temps que le processus moteur, un facteur psychique.

L'action heureuse de la scopolamine sur les grands parkinsoniens est un fait bien connu. Or, chez ces malades, la suspension du traitement provoque une aggravation subite et intense, et, seule, la reprise de la scopolamine peut amener une nouvelle amélioration. Chez les parkinsoniens frustes, l'aggravation, qui résulte de l'arrêt de la scopolamine, peut faire place, au bout de quelques jours, à une sédation spontanée sans nouvelle administration de scopolamine. Les accidents de « déscopolaminisation » rappellent ceux de la « démorphinisation ». D'autre part, les malades, soumis depuis longtemps au médicament, en supportent des doses de plus en plus élevées, alors que, au début, ils réagissaient par des vertiges ou par des vomissements. Enfin, l'action thérapeutique du médicament semble s'épuiser peu à peu, si bien que les malades réclament des doses de plus en plus élevées et de plus en plus répétées.

S. rapporte, entre autres observations, celle d'un homme de 26 ans, ancien officier, atteint de parkinsonisme post-encéphalitique. La rigidité est intense, à ce point que le malade reste jusqu'au soir immobile dans son lit. Puis, il avale, d'une seule traite, 100 gouttes de solution de scopolamine au millième (soit 5 milligr. de scopolamine), et il se met à jouer au tarau, presque avec autant de liberté qu'à l'état normal. Il faut d'ailleurs lui cacher le flacon de scopolamine, sinon il en boirait au goulot.

Un certain nombre de différences doivent cependant être relevées entre la scopolaminomanie et la morphinomanie. Tout d'abord, la scopolamine ne provoque pas de cachexie comme la morphine, — du moins on n'en possède pas d'exemple. Puis, la scopolamine conserve toujours son activité thérapeutique, — activité qui en justifie formellement l'emploi chez les parkinsoniens. Enfin, la scopolaminomanie n'a été observée que chez des parkinsoniens, et ne paraît pas menacer les sujets sains. Dans l'entourage de S., une série de personnes bien portantes ont pris de la scopolamine. Elles ont éprouvé de la sécheresse de la bouche, du nez et de la gorge, une sensation de constriction de la tête, du vertige, des troubles de la mémoire, une diminution de la sensibilité. Les malaises s'atténuaient à la longue, mais les sujets en expérience ne retrouvaient leur état normal qu'après arrêt du médicament.

La notion de la scopolaminomanie incite S., avec F. v. Müller, à réduire à de faibles doses les quantités de scopolamine administrées tout d'adord aux parkinsoniens : on a parfois de bons résultats déjà avec 1/10 de milligramme. J. Mouzon.

THE LANCET

(Londres)

T. CCVI, n° 5241, 9 Février 1924.

W. Blair Bell. ***Influence du plomb sur la croissance cellulaire normale et anormale.*** — Cherchant à trouver des agents capables d'arrêter la croissance et la prolifération cellulaires, B., après avoir en vain essayé d'isoler la substance qui chez le fœtus inhibe le développement de l'épithélium du chorion, a songé à utiliser le plomb dont les propriétés abortives sont bien connues et sont attribuables à l'action directe du poison sur les cellules embryonnaires de l'épithélium du chorion, les hémorragies placentaires et les contractions utérines n'étant que des phénomènes secondaires. Comme le plomb d'autre part exerce une action élective sur certains éléments, cellules nerveuses, cellules séminales, hématies, cellules embryonnaires, qui ont de commun leur richesse en phosphatides et spécialement en lécithine, il était intéressant d'étudier à fond l'influence du plomb sur la croissance des cellules normales et anormales, sujet lié intimement au problème du cancer.

Aidé de nombreux collaborateurs spécialisés et largement subventionnés, B. a envisagé la question sous tous ses aspects et est arrivé déjà à des résultats qui, tout en ayant besoin de confirmation ultérieure, n'en sont pas moins encourageants.

Parmi les phénomènes mis en évidence par l'étude toxicologique, signalons l'action du plomb sur les fibres musculaires de l'intestin et de l'utérus ; loin d'exciter leurs contractions, il les inhibe.

Le plomb exerce une influence marquée sur la croissance des cellules normales tant végétales (retard de développement des racines des bulbes de jacinthe, réduction du taux de germination des graines de moutarde et de cresson) qu'animales (défaut de germination des œufs de grenouille dans des solutions d'acétate de plomb diluées même à 1/100.000, retard de la croissance des têtards). Fait remarquable, l'intensité de l'action d'arrêt exercée par le plomb est proportionnelle à la faculté de croissance que possèdent les cellules. Plus une cellule est en voie de prolifération active et plus l'action du plomb se fait sentir : les œufs de grenouille sont bien plus sensibles que les têtards, et parmi ceux-ci les plus jeunes sont les plus touchés, tandis que les grenouilles adultes ne se montrent pas affectées. Le plomb a donc un effet vraiment spécifique sur la croissance. L'étude histologique du mécanisme de l'avortement saturnin illustre encore cette propriété : l'épithélium du chorion doué d'une activité de prolifération si remarquable, rappelant par certains points celle des tumeurs malignes, est complètement détruit après injection de plomb colloïdal. Il semble que les lésions produites soient parallèles à la richesse en phosphatides des organes ; ces substances abondent dans les œufs et chez les êtres jeunes. Ainsi s'expliquerait que les effets du plomb soient généraux chez ces derniers, tandis qu'ils sont localisés chez les adultes; mais la démonstration chimique de cette liaison entre l'ion Pb et les phosphatides et la lécithine en particulier, fait encore défaut.

L'action du plomb sur le développement anormal des cellules n'est pas moins remarquable. Ne pouvant en juger directement par l'examen histologique des tissus néoplasiques, il faut s'adresser à la clinique. Depuis la fin de 1920, 122 cancéreux ont été traités par le plomb. Celui-ci est trop toxique à l'état de sels ou même à l'état d'iodure de plomb partiellement colloïdal pour pouvoir être employé sans danger chez l'homme; aussi le plomb colloïdal, préparé par une méthode voisine de celle de Bredig, a-t-il été utilisé en injections intraveineuses. A la suite de ces dernières, qui s'accompagnent souvent de réactions générales intenses, se produisent presque toujours des douleurs au niveau du néoplasme, quelques heures après l'injection ; au bout de plusieurs s'observent souvent l'œdème périphérique, lorsqu'il s'agit d'épithélioma, une réaction congestive locale accompagnée de fièvre, s'il s'agit de sarcome. Puis, si l'évolution se poursuit favorablement, la tumeur prend un aspect lobulé, se fragmente et doit être alors soumise à la radiothérapie. Les sarcomes peuvent se liquéfier ou se résorber. En même temps, il est fréquent que les malades engraissent, mais ils peuvent présenter aussi des signes de saturnisme, bénins si le traitement est convenablement conduit.

Sur les 122 malades traités qui presque tous étaient inopérables et dont un tiers étaient atteints de néoplasmes secondaires, 19 peuvent être regardés comme guéris, 6 présentent un arrêt de l'évolution de la tumeur depuis 1 à 3 ans, 6 sont encore en traitement et s'améliorent, 1 est mort d'affection intercurrente après arrêt du développement de la tumeur, 20 sont morts presque au début du traitement, 30 sont morts sans avoir été améliorés, 13 après une amélioration passagère, 18 ont interrompu le traitement : l'épreuve du temps est nécessaire pour prononcer un jugement définitif, mais tels quels, ces résultats sont déjà encourageants.

P.-L. Marie.

E. Muir. ***La lèpre et sa guérison spontanée.*** — Avec Hansen, et contrairement à la plupart des auteurs récents, M. estime que la lèpre tend à la guérison spontanée dans de nombreux cas, une immunité se produisant graduellement à la longue. Ce retard dans l'établissement de l'immunité est dû à la nature des bacilles lépreux qui sont capables de pulluler tout en ne déterminant que peu ou pas de signes locaux ou généraux d'intoxication.

On peut reconnaître 3 stades dans l'évolution de la lèpre d'après l'apparence clinique des lésions, aucune réaction humorale ne pouvant être actuellement utilisée dans ce but. Au premier stade (*stade quiescent*), les bacilles sont encore peu nombreux, ils ont un aspect homogène, une taille uniforme, l'immunité est minime. Au second, les bacilles se sont multipliés et sont devenus granuleux, présentant des apparences de spores, ce qui indique des conditions défavorables au développement, mais l'immunité est encore faible ; il y a libération de toxines et de bacilles dans le sang qui vont former des embolies, point de départ de

nouvelles lésions; localement, à la réaction fibreuse et à l'infiltration cellulaire modérée du premier stade se surajoute une réaction inflammatoire se traduisant par l'augmentation de l'infiltration cellulaire et la vasodilatation; la lésion devient érythémateuse et se surélève (*stade réactionnel*). Au 3e stade (*stade de résolution*), les lésions sont étendues, mais offrent des signes de résolution; le gonflement et l'érythème disparaissent, la surface des lésions se gaufre, l'infiltration cellulaire fait place à du tissu fibreux, les bacilles disparaissent peu à peu; l'immunité s'est accrue à un point tel que la guérison spontanée s'amorce.

Dans l'évolution de la lèpre il faut tenir grand compte de la résistance générale des tissus, qui est distincte de l'immunité acquise. Le début apparent de la maladie se produit souvent à l'occasion d'une affection intercurrente qui abaisse cette résistance. Si cet abaissement est persistant, l'évolution en est très aggravée.

Durant les 2 premiers stades, il est de toute importance de relever la résistance diminuée des tissus, sans quoi la lèpre peut passer au 3e stade. Les vaccins pourraient être utiles au 1er stade pour provoquer l'immunité; au 2e, il faut se garder de tout traitement intempestif, qui pourrait provoquer la dissémination de la maladie, et user avec précaution de l'huile de chaulmoogra pour détruire les bacilles. Au 3e stade, il faut provoquer des réactions modérées (grosses doses d'huile de chaulmoogra, associées au besoin à l'iodure de potassium) pour prévenir les difformités et l'invalidité. Dans les cas qui ont passé par le 3e stade, on est en droit d'espérer une guérison définitive, tandis que si la guérison est survenue sans que ce stade ait été atteint, des rechutes restent possibles à l'occasion d'un abaissement de la résistance des tissus.

P.-L. Marie.

N. Burgess et A. Osman. *L'acidose dans le rachitisme aigu.* — Pritchard et d'autres auteurs regardent l'acidose, c'est-à-dire le trouble dans l'équilibre entre les acides et les bases du sang se traduisant par la diminution du bicarbonate du plasma, comme un facteur étiologique essentiel du rachitisme. Ayant eu l'occasion d'observer 3 cas de rachitisme aigu survenus dans une même famille chez des enfants de 20 mois à 3 ans soumis à une alimentation formée surtout de pain, de margarine et de pommes de terre, B. et O. ont déterminé à diverses reprises le bicarbonate et l'acétone dans le plasma par la méthode de Van Slyke, les corps acétoniques et le rapport de l'ammoniaque à l'azote dans l'urine, enfin la teneur en graisse des fèces.

Alors que chez les témoins le bicarbonate du plasma était en moyenne de 0 gr. 031, il oscillait entre 0 gr. 017 et 0 gr. 019 chez les malades. Les corps acétoniques qui faisaient défaut chez 26 sujets ne furent décelés que passagèrement dans l'urine et chez un seul des malades. Le rapport NH^3/N était de 14,3 pour 100, chiffre analogue à celui trouvé chez les rachitiques par Hodgson, tandis qu'il était chez les témoins à 6,2 pour 100. Il n'y avait pas de graisse en excès dans les selles.

Ces résultats s'opposent à ceux obtenus dans le diabète où la diminution du bicarbonate du plasma correspond avec la quantité totale des corps acétoniques présents dans le sang. Il semble donc exister dans le rachitisme aigu une acidose accusée dans laquelle les corps acétoniques ne jouent pas de rôle. L'acidose pourrait dans ces conditions relever soit d'une perte de bases par les fèces ou par l'urine, mais l'absence d'anomalies dans le taux des graisses fécales n'est pas faite pour appuyer cette hypothèse, soit de la présence d'autres corps acides dans le sang, ce qui est actuellement tout conjectural.

P.-L. Marie.

N° 5242, 16 Février 1924.

Kenneth M. Walker. *Greffes testiculaires.* — Encouragé par les résultats de Voronoff, de Lydston, de Lichtenstern, W. a pratiqué chez l'homme la greffe de testicules provenant de sujets âgés de 10 à 22 ans atteints d'une ectopie unilatérale avec brièveté du cordon rendant impossible l'orchidopexie.

Il insère le greffon dans la vaginale, ou, au cas d'oblitération de cette dernière, dans la gaine du grand droit. Le testicule qui vient d'être enlevé au donneur est divisé en 2 moitiés et chacune de celles-ci en 3 fragments qui sont fixés à la vaginale par des sutures au catgut fin, de telle façon que la surface de la greffe soit bien appliquée sur la séreuse scarifiée légèrement au préalable pour favoriser la vascularisation et qu'il n'y ait point de contact entre les greffes, ce qui favoriserait leur nécrose. On répète ensuite l'opération du côté opposé.

W. a pratiqué cette intervention chez 10 sujets. Pour juger des résultats obtenus, ne voulant pas se contenter d'enregistrer les modifications subjectives où l'autosuggestion a trop de part, il a eu recours à la mesure du métabolisme et à l'épreuve de la tolérance pour les sucres sur laquelle la sécrétion interne du testicule pourrait exercer une influence tout comme la sécrétion ovarienne.

Chez le premier patient, âgé de 29 ans et privé depuis 6 ans de ses testicules par une blessure de guerre, et qui présentait depuis de l'amaigrissement, de la fatigue mentale et physique, du ralentissement de la croissance de la barbe, de la constipation, de la frigidité sexuelle avec impuissance totale, tous ces troubles disparurent rapidement à la suite de l'opération; 10 jours après, les érections réapparaissaient en même temps que l'appétit sexuel renaissait et que le poids, les forces et les échanges respiratoires augmentaient. Ces résultats se maintenaient encore plus d'un an après la greffe. Même succès chez le second sujet, un homme de 34 ans, présentant de l'eunuchisme consécutif à une double orchite ourlienne survenue à 13 ans; la barbe se mit à croître vigoureusement, l'activité sexuelle disparue depuis 10 ans reparut, l'obésité du type féminin s'atténua, mais la consommation d'oxygène, d'ailleurs peu au-dessous de la normale, n'augmenta guère. Chez un adolescent de 16 ans atteint de retard du développement général et de la puberté et porteur de testicules minuscules, les seules modifications observées furent l'augmentation de la taille et l'apparition des poils pubiens. Un malade de 21 ans présentait une tumeur cérébrale avec atrophie testiculaire, absence de poils sur le tronc et les membres, arrêt de développement depuis l'âge de 12 ans; des érections se manifestèrent pour la première fois quelques jours après la greffe et des poils pubiens apparurent. La tumeur entraîna la mort 5 mois après; à l'autopsie, la greffe, malgré une bonne vascularisation, était réduite à une mince couche de tissu ne renfermant plus de tubes séminifères normaux, ni de cellules interstitielles; le testicule lui-même, atrophié, ne montrait pas de figures de spermatogenèse, ni de cellules interstitielles nettes. Le 5e patient avait subi récemment la castration bilatérale pour tuberculose; il n'accusait que des érections rares, fugaces et une fatigue plus rapide qu'avant; la greffe n'amenda que peu cette situation tandis qu'un autre malade du même genre récupéra son activité et des érections, mais d'une façon très passagère, la greffe faite dans le scrotum s'étant vite résorbée. Chez 2 malades séniles, opérés de prostatectomie, l'amélioration ne fut que temporaire et peu frappante. Chez un dément précoce, l'état mental ne se modifia nullement après la greffe. Enfin un sujet de 45 ans atteint d'impuissance, sans signes nets d'insuffisance testiculaire, vit reparaître des érections, mais il ne put être suivi que très peu de temps. Chez plusieurs des malades, la tolérance vis-à-vis des sucres, diminuée avant la greffe, redevint normale.

Le fait que ces greffes se résorbent plus ou moins vite ne doit point constituer un argument contre leur emploi; il semble bien que la greffe puisse stimuler la fonction testiculaire du porteur qui continue à s'exercer après la disparition de la greffe.

L.-P. Marie.

E. C. Dodds et F. Dickens. *Méthode simple pour la préparation de l'insuline par extraction aqueuse.* — La méthode de Collip qui est généralement employée pour l'obtention de l'insuline a deux défauts: elle est très dispendieuse à cause de la grande quantité d'alcool nécessaire; elle exige un temps et une surveillance considérables.

L'extraction par l'eau offrirait de sérieux avantages, si l'on pouvait arriver d'abord à réduire l'action tryptique à un minimum, ensuite à séparer commodément l'insuline des protéines pancréatiques. La première difficulté peut être surmontée en réduisant le temps d'extraction au strict nécessaire et en employant une substance qui inhibe l'action tryptique. La séparation de l'insuline obtenue d'avec les protéines pancréatiques peut être réalisée en se basant sur la solubilité différente dans l'acétone et dans l'alcool des picrates d'insuline et des picrates protéiniques étrangers.

Dans un premier temps, le pancréas haché menu est placé pendant 20 minutes dans une solution d'acide formique à 1 pour 100 refroidie à — 3°. On exprime le tissu pancréatique ainsi traité; on le soumet de nouveau à l'action de l'acide formique dilué. Dans un second temps, les liquides résultant du traitement sont reçus dans un volume égal de solution d'acide picrique à saturation qui précipite toutes les protéines. Ce précipité, séparé par filtration, est agité à plusieurs reprises avec de l'acétone qui dissout rapidement le picrate d'insuline, mais non les autres picrates protéiniques. Le filtrat acétonique renfermant l'insuline est dilué avec de l'eau picriquée qui reprécipite l'insuline à l'état de picrate que l'on sépare par filtration et qu'on dissout dans l'alcool chlorhydrique selon la méthode de Dudley. On obtient ainsi du chlorhydrate d'insuline qu'on sépare de l'acide picrique par précipitation par l'acétone. Le précipité lavé à l'acétone et à l'éther anhydre, puis desséché, est une poudre blanche dont 2 à 6 milligr. correspondent à 1 unité d'insuline.

Le produit peut être préparé en 2 jours, à peu de frais. Il s'est montré très actif à l'égard de la glycémie chez le lapin; en injection intraveineuse, il exerce un effet dépresseur insignifiant et moindre qu'avec l'insuline préparée à l'alcool; ne contenant pas de trypsine, il est stable; les essais chez 4 malades ont été très satisfaisants.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Tome LXXXII, n° 3, 19 Janvier 1924.

O. Barkan et R. J. Nelson (de San-Francisco). *L'agent actif dans les injections de lait.* — On sait que l'injection de lait provoque une réaction fébrile chez certains individus et pas chez d'autres, et l'on explique ce fait par des différences de susceptibilité individuelle. Mais cette explication n'est plus valable lorsqu'on constate que, chez le même sujet, l'injection de lait détermine une réaction à certains moments et reste sans effet à d'autres moments. A en croire B. et N., ces variations tiendraient tout simplement aux différences dans la teneur en microbes des échantillons de lait employés.

Par des expériences sur des cobayes, ils ont pu s'assurer que l'injection parentérale de lait pauvre en microbes (10.000 germes par cmc) détermine une élévation de température de 0°5 F. et qui dure une heure seulement. Par contre, un lait riche en bactéries (300.000 germes par cmc) élève la température de 2°3 F., et cette élévation thermique se maintient au-dessus de 1° F. pendant 4 heures 1/2, et ne disparaît qu'au bout de 9 heures. La réaction fébrile n'est pas due, toutefois, aux corps microbiens seuls, et la preuve en est dans la fièvre, moins intense, il est vrai, qui suit l'injection de filtrat de lait débarrassé de ses microbes.

B. et N. concluent de leurs recherches que la réaction fébrile est due : 1° aux corps des bactéries mortes (protéines bactériennes) et 2° à des substances solubles, à savoir : *a*) des protéines provenant de la désagrégation microbienne; *b*) peut-être aussi des protéines du lait ou des produits de leur dédoublement (albumoses, protéoses et peptones) résultant de l'action des microbes sur les protéines originelles du lait.

L. Cheinisse.

R. H. Babcock (de Chicago). *L'emploi du benzoate de benzyle dans le traitement de l'angine de poitrine.* — Parmi les applications thérapeutiques du benzoate de benzyle qui ont fait l'objet, dans ce journal, d'un « Mouvement Thérapeutique » (voir *La Presse Médicale*, 9 Octobre 1920, p. 717-718), a été mentionné aussi l'emploi de ce médicament dans un certain nombre de cas d'angine de poitrine observés par A. B. Spach. Mais avant même la publication de l'article de cet auteur, B. Holmes a eu l'occasion de prescrire le benzoate de benzyle à un homme de 53 ans en pleine crise de colique néphrétique : le malade fut soulagé non seulement de sa colique, mais aussi des douleurs précordiales dont il souffrait durant de longues années. Depuis lors, Holmes et B. ont employé le benzoate de benzyle dans une vingtaine de cas d'accès typiques d'angine de poitrine. Ils en rapportent 5 dans lesquels l'usage plus ou moins prolongé du médicament donna d'excellents résultats. Chez d'autres malades, l'amélioration fut beaucoup

moins marquée et parfois même complètement nulle (il en fut ainsi notamment dans un cas d'aortite syphilitique).

Le benzoate de benzyle était administré dans du lait, à la dose de XXX gouttes, répétées 4 fois par jour. Son usage a pu ainsi être continué pendant plusieurs mois sans donner lieu à des phénomènes fâcheux. C'est tout au plus si quelques malades accusaient rarement des troubles gastriques.

L. Cheinisse.

Nº 4, 26 Janvier 1924.

A. Carrel (de New-York). ***Tréphones leucocytaires.*** — La croissance des tissus dépend probablement de la présence, dans le liquide péricellulaire, de substances nécessaires à la synthèse du protoplasme, et d'hormones du type désigné par Gley sous le nom d'*harmozones*. Les composés azotés requis par les tissus pour l'édification du protoplasme sont des amino-acides. Les harmozones sont sécrétées par certaines cellules et leur fonction consiste à exciter l'activité d'autres cellules. Leur nature est complètement inconnue; elles paraissent agir par catalyse et ne participent pas à la formation du protoplasme.

Les progrès récents de la technique, qui ont permis d'isoler des souches cellulaires et de les maintenir en constante activité hors de l'organisme, ont ainsi considérablement facilité l'étude de la nutrition cellulaire.

Les expériences faites par C. et Ebeling sur les besoins nutritifs des cellules en cultures pures ont mis en évidence ce fait que les tissus épithélial et conjonctif ne reçoivent pas du sérum sanguin les matériaux nécessaires à la synthèse du protoplasme, mais utilisent à cet effet certaines substances contenues dans des tissus embryonnaires et sécrétées par les lymphocytes et, peut-être, aussi par d'autres cellules.

Ces principes fabriqués par certaines cellules et utilisés par d'autres en vue de la construction du protoplasme sont désignés sous le nom de *tréphones* (de τρέφω, je nourris). Ils diffèrent des hormones qui stimulent l'activité cellulaire sans posséder de propriétés nutritives, mais hormones et tréphones peuvent être requises pour la croissance des tissus.

Les lymphocytes paraissent chargés d'une fonction d'importance primordiale dans la nutrition des tissus. Les fibroblastes et les cellules épithéliales ne réalisent pas la synthèse du protoplasme avec les éléments constitutifs du sérum, mais des tissus embryonnaires peuvent leur fournir certaines substances qui déterminent une prolifération infinie. Les leucocytes, qui, tout comme des cellules embryonnaires, contiennent de pareilles substances, ont le pouvoir d'approvisionner les tissus conjonctif et épithélial de principes nécessaires à la croissance. Les matériaux nutritifs utilisés par les lymphocytes dans la fabrication des éléments essentiels qui déterminent la multiplication des fibroblastes ou des cellules épithéliales proviennent du sérum sanguin. Les lymphocytes et les macrophages peuvent donc être considérés comme des glandes unicellulaires mobiles qui transforment certaines parties constitutives du sérum en tréphones, livrées au plasma sanguin ou à la lymphe interstitielle comme éléments nutritifs pour les cellules fixes.

Les tréphones étant également présentes dans les extraits aqueux de tissus glandulaires et autres, il est permis de supposer que les glandes endocrines, tout comme les leucocytes, peuvent sécréter non seulement des hormones, mais encore des substances nutritives pour certains tissus.

L. Cheinisse.

G. F. Dick et G. H. Dick (de Chicago). ***Une réaction cutanée pour déterminer la susceptibilité à l'égard de la scarlatine.*** — Dans des recherches antérieures, D. et D. ont réussi à produire une scarlatine expérimentale avec une culture pure d'un streptocoque hémolytique isolé d'un scarlatineux Le filtrat de cette culture ne détermina pas de scarlatine chez une personne qui, inoculée plus tard avec la culture non filtrée, présenta le tableau typique de la maladie.

Sur 10 jeunes gens qui se sont volontairement prêtés à l'inoculation, 2 seulement contractèrent la maladie; et, comme tous affirmaient n'avoir pas eu de scarlatine antérieurement, les résultats variables de l'inoculation s'expliquent vraisemblablement par une différence dans la susceptibilité à l'égard de la maladie.

Les auteurs ont cherché à étudier cette question d'immunité au moyen de l'intradermo-réaction consécutive à l'injection du filtrat de ladite culture. A cet effet, ils injectaient dans la peau de l'avant-bras 0 cmc 10 d'une dilution de ce filtrat à 1/1.000e.

Les réactions étaient notées au bout de 24 heures et classées en négatives, légèrement positives, positives et fortement positives. La réaction était considérée comme négative lorsque le lieu d'injection n'était marqué que par le point de la piqûre ou par une faible raie rose le long du trajet de l'aiguille dans la peau. La réaction légèrement positive consistait en une zone un peu rouge mesurant moins de 2 cm. de diamètre, sans tuméfaction de la peau, ni sensibilité douloureuse. Elle était considérée comme positive lorsque la rougeur mesurait de 1 cm. 1/2 à 3 cm. de diamètre et s'accompagnait d'une certaine tuméfaction cutanée; fortement positive, elle était d'un rouge intense, s'étendait sur plus de 3 cm. (souvent, de 5 à 7 cm.) et s'accompagnait d'une tuméfaction notable de la peau, avec sensibilité douloureuse.

Le tableau suivant résume les résultats obtenus :

	Nombre de cas	Réactions			
		négative	légèrement positive	positive	fortement positive
Convalescents de scarlatine. . . .	65	62	3	0	0
Sujets ayant eu antérieurement la scarlatine. . . .	16	15	0	0	1[1]
Sujets n'ayant pas eu de scarlatine.	72	35	7	17	13

1. Scarlatine douteuse à l'âge de quelques mois : simple éruption sans desquamation, ni aucun autre symptôme.

Ainsi donc, 41,6 pour 100 des sujets n'ayant pas eu de scarlatine ont donné des réactions positives ou fortement positives, tandis que tous les convalescents de scarlatine ont donné des réactions négatives ou légèrement positives.

Ce qui mérite aussi d'être retenu, c'est que le sérum de convalescent, mélangé au filtrat avant l'inoculation de celui-ci ou injecté dans les muscles avant l'épreuve, exerce une action inhibitrice sur la réaction.

L. Cheinisse.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD

(New York)

Tome CXIX, nº 2, 16 Janvier 1924.

S. Stalberg. ***Fièvre ganglionnaire et grippe.*** — A propos d'une petite épidémie de 6 cas de fièvre ganglionnaire qui survint dans un village visité 2 mois après par une épidémie de grippe, S. donne, d'après les publications récentes, un exposé de cette affection dont la nature et la pathogénie ont soulevé bien des discussions, sans que la clarté soit faite entièrement, et discute ensuite les rapports de la fièvre ganglionnaire avec la grippe et les formes bénignes de la peste.

Pour S., la fièvre ganglionnaire est une entité clinique, une maladie spécifique d'origine inconnue, comme le prouvent l'existence de petites épidémies, épidémies de famille (Fisher, Chapman) ou de maison (Park West), son évolution bien définie, la participation du foie, de la rate et des reins. La source de l'infection, malgré le siège habituel des adénopathies au cou, ne saurait être placée dans le pharynx qui ne présente qu'un très léger état catarrhal.

Les traits caractéristiques de la maladie sont l'engorgement des ganglions du cou et la lymphocytose sanguine, la proportion des lymphocytes pouvant atteindre 80 pour 100, donnant lieu à une leucocytose qui s'élève parfois jusqu'à 20.000, apparaissant souvent au même moment.

La grippe présente des relations indéniables avec la fièvre ganglionnaire; les 2 maladies coïncident souvent au même moment; on a même décrit la grippe à forme ganglionnaire. Toutefois il existe des dissemblances épidémiologiques, anatomo-pathologiques, sanguines et viscérales, symptomatologiques et étiologiques. Il est actuellement impossible de préciser davantage les rapports qui unissent les deux affections.

La fièvre ganglionnaire offre quelques analogies avec les formes atténuées de la peste (*pestis minor*) où l'on trouve seulement un bubon, évoluant en 2 à 4 semaines, sans altération de l'état général. Cette forme légère de peste caractérise certaines épidémies (épidémie d'Astrakan de 1877); elle peut précéder l'explosion de la peste sous sa forme typique. En cas de doute, l'examen bactériologique trancherait le diagnostic.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY

(Chicago)

Tome IX, nº 2, Février 1924.

Weidman et Freeman (de Philadelphie). ***Xanthome tubéreux.*** — W. et F. rapportent 2 cas de xanthome qu'ils ont pu examiner après autopsie.

Le 1er malade, âgé de 36 ans, qui mourut de pneumonie, présentait des xanthomes tubéreux (non diabétiques) des mains, des coudes, des fesses; il existait un xanthome plan de la paupière supérieure droite. Les tendons du dos de la main et les tendons patellaires contenaient des nodules xanthomateux de 1 cm. de diamètre.

Les auteurs ont étudié microscopiquement les diverses lésions et leur article contient de nombreuses microphotographies en noir et en couleur; ils estiment que dans leur cas le xanthome tubéreux et le xanthome plan constituent une seule et même maladie. Ils ont noté des modifications xanthomateuses des muscles horripilateurs dans plusieurs coupes.

Le 2e cas se rapporte à un garçon de 9 ans, émacié, atteint d'ictère, de polyurie avec gros foie. Cet enfant présentait des nodules xanthomateux autour de la bouche, à la nuque, aux aisselles, aux coudes, aux genoux. A l'autopsie, on trouva des nodules dans les poumons, le foie, le crâne, la glande pituitaire, la glande pinéale et le tuber cinereum.

Les lésions cutanées étaient différentes des lésions viscérales et étaient probablement secondaires à une hypercholestérinémie; elles ne présentaient pas le caractère granuleux qui existait dans les lésions du foie et du crâne.

R. Burnier.

Guy Lane (de Boston) ***Physiologie cutanée et action des rayons ultra-violets sur la peau.*** — L. estime que l'élimination des acides de la sueur et l'action des capillaires de la peau peuvent jouer un rôle dans l'apparition des lésions cutanées ou la prédilection de certaines lésions pour certaines parties du corps.

L'autolyse des cellules paraît être le facteur fondamental dans la production des atrophies cutanées.

La lumière ultra-violette exerce une action plus ou moins énergique suivant la dose; c'est d'abord un érythème transitoire, puis une rougeur plus ou moins intense avec sensation de brûlure, suivie de desquamation. Puis on obtient une exsudation de sérum, avec larges bulles qui se couvrent de croûtes et desquament. Une pigmentation peut persister. Les rayons ultra-violets peuvent produire une vaso-dilatation temporaire, sans doute par action directe de la lumière sur les cellules des parois vasculaires. La desquamation exagérée est due probablement à une accélération du processus de kératinisation, la pigmentation à une production exagérée du pigment de la couche basale. L. estime que la lumière ultra-violette a une action spéciale sur le métabolisme cellulaire; cette action s'exerce non seulement localement sur la peau, mais aussi sur les organes profonds et le métabolisme général.

R. Burnier.

LE DIAL et ses dérivés

Il n'est pas un organe dont l'activité prolongée n'amène l'épuisement, que seul peut réparer un temps de repos fonctionnel. Le **sommeil, cessation réparatrice** *des fonctions de relation, permet seul le repos des neurones sensitifs et moteurs; c'est donc une fonction organique essentielle, qu'il importe au premier chef de maintenir ou de rétablir dans son intégrité.*



Tube de 12 comprimés.

INDICATIONS :

Insomnie nerveuse, chez les névropathes et surmenés. **Agitation psychique.** Tétanos. Hyperesthésie sensorielle. Anxiété.

1 à 2 comprimés le soir.



Tube de 12 comprimés.

INDICATIONS :

Insomnie-douleur chez les opérés, les traumatisés, les cancéreux. **Agitation maniaque,** angoisse. **Algies** (sciatique, zona, tabes, etc). **Calmant** pré- et post-anesthésique.

1 à 4 comprimés par jour.

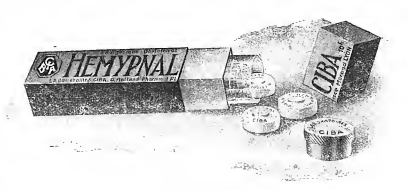


Tube de 12 comprimés.

INDICATIONS :

Epilepsie. Hystérie. Spasmophilie. **Névroses fonctionnelles** de la puberté, de la grossesse, de la menstruation, de la ménopause. **Névroses cardiaques.** Douleurs dentaires. Agitation au cours des maladies aiguës. Mal de mer.

1 à 4 comprimés par jour.



Tube de 10 cachets.

INDICATIONS :

Accouchement : Chez les primipares, les femmes nerveuses, lorsque les douleurs sont violentes, trop prolongées. **Petites interventions :** Dilatation du col, curettage, cystoscopies, etc. **Douleurs vives :** Crises tabétiques, dysménorrhéiques, sciatique, cancer.

2 à 8 cachets par 24 heures.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIV, n° 5, 2 Février 1924.

A. Lacassagne et J. Lavedan (de Paris). ***Les modifications histologiques du sang consécutives aux irradiations expérimentales.*** — Avec l'emploi d'une röntgenthérapie à rayons plus pénétrants et de quantités de substances radio-actives plus considérables, il devient de plus en plus nécessaire de surveiller étroitement le sang des irradiés. Les auteurs de cet article exposent l'état actuel de nos connaissances relativement aux modifications histologiques subies par les différents éléments figurés du sang — leucocytes, hématies et globulins — sous l'effet des radiations.

1° *Globules blancs.* — Les radiations n'exercent aucune action destructive sur les leucocytes du sang, lymphocytes aussi bien que polynucléaires. Par contre, les organes producteurs des leucocytes, organes lymphoïdes (rate, ganglions, follicules intestinaux) et organes myéloïdes (moelle osseuse), sont, comme les glandes sexuelles, des plus radio-sensibles.

Déjà après quelques heures, même en cas d'irradiations faibles, les noyaux cellulaires des centres germinatifs des organes lymphoïdes montrent des signes de dégénérescence. Le lendemain de l'irradiation, non seulement ces éléments, mais la plupart des cellules lymphatiques des follicules sont en nécrobiose. Au 2e jour, les débris de ces cellules mortes sont phagocytés et liquidés. Au 3e jour, les organes lymphoïdes sont, pour ainsi dire, vidés de leurs éléments cellulaires et réduits à leur stroma conjonctif ou épithélial. Au 4e jour, la réparation se produit — et elle a lieu habituellement chez les animaux qui survivent —; elle se fait rapidement, si bien qu'au 8e jour les organes lymphoïdes ont repris leur aspect normal.

Le tissu myéloïde est beaucoup moins sensible aux irradiations que le tissu lymphoïde et sa dégénérescence ne s'obtient que par l'emploi de doses considérables. Les lésions apparaissent moins précocement ; cependant, après 24 heures déjà, on trouve de nombreuses figures de désintégration cellulaire qui portent surtout sur les myéloblastes et les myélocytes ; les noyaux des mégacaryocytes sont en pycnose. Dans les jours suivants, il se produit un dépeuplement de la moelle par destruction des éléments de multiplication, d'une part, et par passage des polynucléaires dans le sang, d'autre part; au 3e jour, la moelle osseuse est réduite à une trame conjonctive dont les mailles sont vides. Si l'animal survit, la réparation du tissu myéloïde est habituelle; comme pour le tissu lymphoïde, elle débute au 4e jour, et le repeuplement du tissu médullaire est généralement complet au bout de 8 jours.

Ces altérations des organes sanguiformateurs entraînent des variations de la formule leucocytaire que voici. Le premier phénomène, immédiat, est une leucopénie très marquée, mais tout à fait temporaire, à laquelle succède rapidement de l'hyperpolynucléose : la première s'explique par la destruction précoce des cellules lymphatiques dans les organes lymphoïdes, la seconde par l'émigration dans le sang des polynucléaires de la moelle osseuse. Aux deux phénomènes précédents succède une nouvelle leucopénie, progressive jusqu'au 3e jour, qui concorde parfaitement avec l'état des organes sanguiformateurs signalé plus haut. Au 4e jour, début de la réparation des tissus leucopoiétiques, on assiste également au repeuplement du sang en leucocytes, et, au 8e jour, la formule leucocytaire est redevenue sensiblement normale.

Puisqu'ils ne sont pas détruits par les radiations, que deviennent les leucocytes présents dans le sang au moment de l'irradiation? L'étude histologique systématique de tous les organes prélevés chez les animaux en expérience permet de retrouver les globules blancs, comme à l'état physiologique normal, dans les différents territoires de l'organisme où ils ont à accomplir leur fonction de glandes cellulaires mobiles. L'expérimentation par les radiations permet même d'éclairer un problème encore mal connu, à savoir la durée normale de séjour des leucocytes dans le sang : on peut admettre qu'après trois jours tous les leucocytes présents au moment de l'irradiation ont abandonné le milieu sanguin.

2° *Globules rouges.* — L'examen histologique des organes myéloïdes, jour par jour après une irradiation, montre que l'érythropoièse est atteinte au même degré que la leucopoièse; au 3e jour, les groupes de cellules d'érythropoièse de la moelle ont disparu pour la plupart. Ce dépeuplement est temporaire et la réparation du tissu myéloïde, qui se produit, ainsi que nous l'avons vu, à partir du 4e jour, en ce qui concerne les éléments blancs, se manifeste à la même date et avec une activité plus marquée encore pour les éléments de la lignée érythropoiétique.

Cependant, correspondant à cet état de destruction, pour ainsi dire complet, des cellules formatrices, on n'observe habituellement pas de réduction importante du nombre des globules rouges circulants : ces organites, absolument réfractaires à l'action des radiations, et qui ont pour habitat normal le sang circulant d'où ils ne peuvent sortir que par accident, continuent à circuler en nombre sensiblement égal après irradiation. Leur persistance s'explique par ce fait que, leur durée fonctionnelle étant d'une trentaine de jours, il faudrait relativement longtemps pour que se révélât la réduction de leur nombre par absence de remplacement des éléments caducs ; or, avant ce délai, la moelle en régénération, redevenant apte à jeter dans le sang de nouveaux globules rouges, assure le maintien normal du nombre des hématies.

3° *Globulins.* — Des numérations après irradiation ont toujours permis aux auteurs d'observer un fléchissement important de la proportion de ces éléments avec maximum au 3e jour; à partir du 4e jour, la courbe se relève comme pour les globules blancs. Il est intéressant de noter que, parallèlement à cette thrombopénie, existe un retard marqué de la coagulation. Les connaissances sur ce point sont encore trop rudimentaires pour permettre d'adopter une explication pathogénique quelconque.

J. Dumont.

Cl. Regaud, J. Roux-Berger, J. Jolly, A. Lacassagne, H. Coutard, O. Monod et G. Richard (de Paris). ***Radiothérapie des sarcomes : résultats de l'Institut du Radium de Paris pour les années 1919, 1920, 1921; état actuel des indications thérapeutiques.*** — Le groupe des sarcomes est un mélange de tumeurs malignes disparates : par leur origine, leur structure, leur évolution clinique, leur manière de se comporter après la radiothérapie. Leur thérapeutique est dominée par leur classification histo-pathologique. A l'heure actuelle, on distingue : des s. lymphoïdes, des s. myéloïdes, des myxosarcomes, des s. fibroblastiques, des ostéo- et chondrosarcomes, des s. à myéloplaxes, des s. à cellules polymorphes et rhabdomyomes; enfin il existe encore des variétés rares, indéterminées. La place d'un sarcome dans cette classification ne peut lui être donnée avec certitude qu'à la suite d'une analyse histologique. A défaut de cette analyse, le traitement comporte une grande part d'empirisme et d'incertitude quant au pronostic. Or, la pratique de la biopsie simple pouvant être nuisible dans certains cas (lymphomes et myélomes, à un moindre degré myxosarcomes et sarcomes fibroblastiques), celle-ci doit être évitée ou précédée par la röntgenthérapie (lorsque la tumeur n'est pas ulcérée) qui permet, dans certains cas, un diagnostic rétrospectif exact.

Ceci dit, l'expérience apprend que la *chirurgie* est généralement inefficace, souvent désastreuse, dans les lymphomes et les myélomes (mis à part les myélomes des membres traitables par amputation) : ces tumeurs sont justiciables de la röntgenthérapie large. La chirurgie (exérèse large) est, au contraire, le traitement de choix des sarcomes fibroblastiques, en raison de leur radio-résistance habituelle.

La *röntgenthérapie* large est très efficace dans les lymphomes et les myélomes ; elle est capable de les *guérir localement* dans le plus grand nombre des cas. Les métastases, extrêmement fréquentes, résultent d'ensemencements antérieurs au traitement. Dans les cas avancés, où l'existence de métastases décelables ou latentes est la règle générale, la suppression chirurgicale ou radiothérapique de la tumeur principale accélère le développement des métastases. Celles-ci peuvent souvent être traitées avec succès.

La röntgenthérapie paraît aussi être le traitement de choix des sarcomes ostéogènes ou chondrogènes, même dans les cas traitables par une opération conservatrice.

Le tableau ci-dessous donne la classification des

ESPÈCES PATHOLOGIQUES	NOMBRE TOTAL des cas	DÉCÈS	MALADES VIVANTS non guéris, ou opérés après récidive	GUÉRISONS persistantes au début de 1923
Sarcomes lymphoïdes.	25	19	»	6
Sarcomes myéloïdes .	8	8	»	»
Myxo-sarcomes. . . .	2	»	1	4
Sarcomes fibroblastiques.	9	6	3	»
Ostéo- et chondrosarcomes	8	1	1	6
Sarcomes à myéloplaxes	3	»	»	3
Sarcomes à cellules polymorphes et rhabdomyomes	3	3	»	»
Sarcomes appartenant à des variétés rares ou indéterminées. .	2	2	»	»
Sarcomes dont l'examen histologique n'a pu être fait correctement	2	1	1	»
	62	40	6	16

62 sarcomes que les auteurs ont traités en 1919, 1920 et 1921, en même temps que le sort des malades d'après les renseignements recueillis au début de 1923 (c'est-à-dire avec un recul d'observation de 1 an, pour les cas les plus récents, à 3 ans 1/2 pour les cas les plus anciens).

Quant à la *curiethérapie*, elle ne peut avoir, à l'heure actuelle, que des indications exceptionnelles dans le traitement des sarcomes. La plupart des cancers de ce groupe sont trop étendus pour qu'on puisse réaliser par la radiumpuncture une irradiation assez étendue et assez homogène; en outre, ce procédé expose à l'essaimage vasculaire, dans les lymphomes et myélomes. La curiethérapie extérieure par grands appareils moulés sur la région à traiter serait un excellent procédé de traitement ; mais il est extrêmement dispendieux, et la radiosensibilité des sarcomes lymphoïdes et myéloïdes ne le rend pas nécessaire. Les épulis à myéloplaxes représentent l'indication la plus formelle du traitement curiethérapique dans le groupe des sarcomes.

J. Dumont.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Paris)

Tome V, n° 2, Février 1924.

Dubreuilh. *La question des intertrigo-mycoses.* — Contrairement à Sabouraud qui estime que les intertrigos sont dus à des trichophytons ou à des streptocoques, D. soutient l'existence d'un intertrigo mycosique à levures.

L'éruption débute dans les plis, mais peut les dépasser largement et même se généraliser. Dans le fond des plis, la peau est d'un rouge foncé, violacé, elle est un peu gonflée, lisse et humide. Le contour n'est pas formé de grands arcs de cercle, comme dans l'eczéma marginé de Hébra, mais très irrégulièrement déchiqueté, géographique; la limite est marquée par une très fine collerette d'épiderme

décollé, blanche, très mince, souple. La plaque principale est toujours entourée d'un archipel de lésions isolées, rondes, légèrement saillantes, rouges, vernissées, entourées de la même collerette étroite et mince.

Les fragments de la collerette marginale renferment un parasite constitué par des filaments plus fins que ceux des trichophytons, contournés et rameux; les spores, inégales, rondes ou ovoïdes, ne forment jamais de chapelets, mais des amas appliqués contre les filaments. La culture donne toujours une levure à colonies crémeuses, luisantes, humides, avec filaments irradiés sur les bords et fournissant par bourgeonnement une quantité énorme de spores.

L'inoculation à l'homme n'a pas réussi, mais la physionomie clinique caractéristique et la présence constante d'une levure identique permettent de considérer cet intertrigo mycosique comme une entité bien individualisée. R. Burnier.

Sicoli. ***Dyshidroses vraies et pseudo-dyshidroses.*** — Le type morbide « dyshidrose », tel qu'on le concevait depuis 40 ans, ne constitue pas une entité vraie; c'est un syndrome qui peut être réalisé par une infection mycosique, par des irritants chimiques ou par un état morbide semblable à celui qu'a décrit T. Fox en 1873.

Il existe un type vésiculeux très analogue à la dyshidrose de T. Fox et qui est dû à l'action de parasites mycosiques. S. a rencontré 47 cas de ces épidermomycoses, où l'examen des squames montra l'existence de rameaux mycéliens. Dans 23 cas, la culture isola l'*Epidermophyton* de Sabouraud : dans 6 cas, celui d'Ota.

Il existe un autre type caractérisé par la formation de vésicules dyshidrosiformes sous l'influence d'irritations chimiques ou physiques et qui se rattachent aux eczématisations artificielles. S. a rencontré 38 cas de ces pseudo-dyshidroses et il a toujours trouvé une vésiculation par spongiose, comme celle des eczémas.

Ces 2 types ne montrent anatomiquement aucune relation avec un trouble sudoripare.

Il existe enfin une dyshidrose essentielle, typique, celle de T. Fox, qui semble due à la rétention sous l'épiderme, hors des conduits sudoripares éclatés, de la sueur abondamment et rapidement sécrétée. Les vésicules de dyshidrose vraie ont leur siège dans la couche épineuse interpapillaire, où sont situés les canaux excréteurs des glandes sudoripares, et non pas au sommet des papilles.

Le seul traitement qui convient dans ces cas est la radiothérapie : 3 à 5 irradiations de rayons X sans filtre, espacées de 15 jours, en faisant absorber à la peau chaque fois 5 H d'un rayonnement 6 du radiochromomètre de Benoist. R. Burnier.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (Paris)

Tome XII, n° 9, 1923.

J.-L. Faure. ***Le drainage systématique à la Mickulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin.*** — J.-L. Faure est convaincu de la *supériorité du traitement chirurgical*, parce qu'il constate des cures opératoires de plus en plus nombreuses et de plus en plus longues : jusqu'à 25 ans; et parce que les améliorations souvent extraordinaires données par le radium sont passagères.

Ce qui éloigne beaucoup de chirurgiens de l'hystérectomie large, ce n'est pas tant sa difficulté que sa gravité.

La *difficulté* n'existe pas pour qui s'est adapté à l'outillage moderne et pour qui a pris la peine de voir opérer ceux des chirurgiens qui ont la pratique de cette intervention. Il va de soi que l'opération doit être absolument correcte et complète; sinon mieux vaut y renoncer que faire courir aux malades de graves risques de mort sans leur donner aucune chance sérieuse de guérir radicalement.

La *gravité* est fonction : 1° de la septicité fatale du foyer opératoire; 2° de la durée de l'intervention.

La *durée de l'intervention* augmente le risque d'infection et prolonge l'anesthésie. Opération de 3 heures : mort certaine : de 2 heures : mortalité considérable; de 1 heure : mortalité de 10 à 15 p. 100. Dans les cas favorables, on peut opérer en 40 à 50 minutes; dans les cas très favorables, en 30 à 35 minutes.

La *septicité du foyer opératoire* se traduit par les morts dues à l'infection, lesquelles représentent à peu près la totalité des cas mortels, et ce, malgré tous les soins préopératoires que l'on peut avoir pris pour la désinfection du col.

Aussi J.-L. F., depuis 3 ans, a-t-il adopté la règle de *toujours terminer l'opération par un tamponnement à la Mickulicz* correctement exécuté. Il faut employer le Mickulicz de façon systématique, parce qu'il est impossible, d'après les indications que donne l'examen des lésions, d'avoir aucun renseignement précis sur l'importance et la qualité de l'infection.

Le Mickulicz a trois avantages : 1° il laisse le ventre ouvert, ce qui est la meilleure façon d'enrayer n'importe quel accident infectieux dans n'importe quelle région ou tissu; 2° il empêche les anses grêles, si mobiles, de venir se contaminer dans le bassin, pour s'en aller ensuite diffuser l'infection dans le reste du péritoine; 3° il raccourcit l'opération, car l'hémostase des petits vaisseaux qui assure le tamponnement, la possibilité de laisser des pinces à demeure et l'économie de temps réalisée dans la suture pariétale représentent un gain de 20 minutes.

Le Mickulicz sera correctement exécuté et ne sera retiré qu'après le 10e jour; alors il se décolle facilement et commence à être spontanément expulsé par les tissus.

Résultats de l'auteur. Avant le Mickulicz, mortalité : 9 morts sur 83, soit 10,84 pour 100. Depuis le Mickulicz, 2 morts sur 67, soit 2,98 pour 100. (Une plaie de la vessie et une lésion aortique avec salpingite suppurée.) Henri Vignes.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Tome XXVII, n° 2, Février 1924.

A.-B. Marfan (de Paris). ***L'angine pustuleuse.*** — L'angine pustuleuse n'est pas très fréquente. Bien qu'ayant dirigé pendant plus de six ans le pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, service où affluent toutes les variétés d'angine, M. n'a observé que 9 cas de cette affection qui ne lui paraît pas avoir été décrite jusqu'ici comme une entité indépendante.

L'angine pustuleuse s'observe surtout au-dessous de 4 ans (7 cas sur 9); cependant M. l'a rencontrée chez un interne des Enfants-Malades. Sur ces 9 cas, 7 ont été observés en Juin, 1 en Juillet, 1 en Septembre. Il ne s'agit donc pas d'une angine d'hiver.

C'est une angine aiguë essentiellement caractérisée par le développement de vraies pustules sur la muqueuse pharyngée. Elle peut s'accompagner d'une laryngite suffocante, simulant le croup et due sans doute au développement des pustules sur la muqueuse du larynx. Elle peut aussi s'accompagner de manifestations cutanées qui semblent de même nature que celles de la gorge.

Le virus inconnu de cette affection a une certaine affinité pour le système nerveux, comme en témoignent certains accidents nerveux pseudo-tétaniques ou paralytiques (voile du palais, dilatateurs de la glotte), ces derniers tardifs. Bien qu'elle puisse présenter des complications sérieuses, cette angine se termine ordinairement par la guérison.

L'*angine pustuleuse* est distincte de ce qu'on appelle l'*angine herpétique*. Celle-ci, d'après M., ne mérite d'ailleurs pas son nom et n'est autre chose qu'une *angine lacunaire* ou *cryptique pseudo-vésiculeuse*. L'angine pustuleuse ne paraît pas être une manifestation de la fièvre aphteuse des bovidés transmise à l'homme. C'est probablement une maladie infectieuse, mais sa nature n'est pas déterminée.

Le traitement général est celui des maladies infectieuses aiguës. Le traitement local consiste en attouchements biquotidiens des lésions pharyngées et cutanées avec une solution aqueuse de bleu de méthylène à 1 pour 100. G. Schreiber.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Tome LIV, n° 8, 21 Février 1924.

O. Winterstein (de Zürich). ***Les explorations à l'aide du tube duodénal.*** — L'article de W. contient une intéressante revue générale du tubage duodénal; l'historique, la technique, les résultats sont successivement envisagés. L'exploration est facile, puisqu'elle ne comporte guère que 20 pour 100 d'insuccès, et que, en répétant les tentatives, on peut réduire à 3 pour 100 cette proportion d'échecs. Cependant le tubage duodénal n'est pas absolument dénué de dangers, puisque, sur 200 cas, Jones a vu une fois une perforation du duodénum, avec péritonite mortelle, et Singer deux fois des hémorragies, dont une mortelle (ulcère calleux pénétrant). W. n'a jamais eu d'accident, et ses explorations demandent en moyenne 2 h. 1/2.

Les recherches personnelles de W. ont porté sur 70 cas. Elles aboutissent à cette conclusion que les données classiques sur le diagnostic des affections duodénales et biliaires sont beaucoup trop schématiques et ne s'appliquent pas toujours dans la pratique.

Dans 25 des cas examinés, les voies biliaires étaient normales ainsi que le duodénum (dans 18 de ces cas, il y eut contrôle opératoire). Or, après injection de sulfate de magnésie par la sonde duodénale, l'apparition de bile vésiculaire brun foncé faisait défaut dans 50 pour 100 des cas; d'autre part, chez 10 sujets, sur 20 qui furent examinés à cet égard, il y avait du sang dans le liquide retiré, ce qui indique l'existence de petites érosions de la muqueuse au cours du passage de l'olive. L'examen cytologique ne montre guère plus de 1 ou 2 leucocytes par champ dans la bile duodénale; il n'en décèle jamais dans la bile vésiculaire, et il permet d'en retrouver parfois quelques-uns, de même que des cellules endothéliales, dans la bile hépatique (1/3 des cas). La bile duodénale contient généralement des microbes plus ou moins nombreux de la flore gastrique. La bile vésiculaire et la bile hépatique sont généralement stériles ou très pauvres en microbes.

Dans 18 cas d'affections des voies biliaires, la bile vésiculaire faisait défaut 13 fois. Les 5 autres cas étaient 4 vésicules calculeuses et 1 vésicule atrophique. On peut, dans ces cas, retrouver dans la bile des cristaux de bilirubine ou de cholestérine. Deux fois, le liquide était fortement hémorragique et aurait pu faire penser à un ulcère : il y avait cependant cholécystite aiguë, sans ulcère. Dans la cholécystite aiguë, quand le cystique est perméable, la leucocytose est de règle.

Dans l'ulcère du duodénum, les renseignements fournis manquent de précision. Aussi vaut-il mieux dans ce cas, s'abstenir du tubage duodénal, qui n'est pas sans danger.

Chez les convalescents de typhoïde, le tubage duodénal permet de retrouver des bacilles, alors même que l'examen bactériologique des selles peut rester négatif (Schumann, Leclercq, Stepp).

Dans les affections du pancréas, la recherche des ferments permet une exploration particulièrement précieuse. Mais, dans les syndromes du carrefour sous-hépatique d'origine complexe, le tubage duodénal n'a jamais permis de fixer le diagnostic.

En somme, le tubage duodénal permet surtout un diagnostic par exclusion : lorsque l'on obtient, après injection de sulfate de magnésie, une bile duodénale, une bile vésiculaire et une bile hépatique nettement distinctes, sans globules rouges, sans globules blancs, sans excès de cristaux biliaires, sans microbes anormaux en dehors de la flore gastrique, on peut éliminer une affection des voies biliaires. De même pour les voies pancréatiques.

Au point de vue physiologique, le tubage duodénal permettra de fixer bien des points intéressants : par exemple, la fréquence du reflux duodénal dans l'estomac en dehors des vomissements, les modifications apportées par la cholécystectomie dans le cours de la bile, l'influence de l'alimentation par jéjunostomie sur la sécrétion biliaire, l'action comparée des différents cholagogues.

Au point de vue thérapeutique, il est probable que l'utilité du tubage duodénal a été exagérée. On l'a préconisé dans les ictères, dans les calculs biliaires, dans l'urémie. On a tenté de s'en servir pour des essais de vaccinothérapie spécifique des infections biliaires, ou pour l'alimentation duodénale directe dans les ulcères de l'estomac et du duodénum ou dans les vomissements incoercibles. Einhorn a même fait pénétrer, dans certains cas, la sonde jusqu'au cæcum, pour pratiquer des irrigations dans des cas de colite ulcéreuse. L'extraction de la sonde doit ensuite être très lente et très prudente!

L'article de W. se termine par un important index bibliographique, qui se limite à la littérature de langue allemande ou anglaise.

J. Mouzon.

Nos 8 et 9, 21 et 28 Février 1924.

Prof. Wieland (de Bâle). *Leçon clinique sur l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse dans l'enfance.* — W. rappelle que, quand il était jeune médecin, il y a quelque 30 ans, la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques et des poumons, chez les enfants, était considérée comme une rareté, dont le diagnostic était très difficile, et dont l'intérêt était surtout d'ordre anatomique. Les choses ont changé depuis qu'on sait, grâce aux autopsies de Nægeli et aux cuti-réactions de v. Pirquet, combien la tuberculose est universellement répandue sous nos climats, mais aussi depuis qu'on a appris à dépister les adénopathies médiastines par la percussion des apophyses épineuses (de La Camp), par l'auscultation de la voix auscultée (d'Espine) et surtout par la radiologie. Mais il faut se méfier des abus dans l'interprétation des images radiologiques, et W. fait un tableau pittoresque de ces jeunes gens des deux sexes, à la mine floride et brûlée par l'héliothérapie, qui s'en vont de consultant en consultant, leur plaque radiographique sous le bras, s'inquiétant de leurs « ombres hilaires ».

La radiographie du médiastin, pour permettre des conclusions, doit être soumise à des règles précises : elle doit être très rapide (pas plus d'un tiers de seconde); les rayons doivent être mous, et d'autant plus mous que l'enfant à examiner est plus jeune; enfin les ombres observées doivent être nettes, volumineuses, cohérentes, de limites arrondies, mais généralement non tranchées; il importe de ne pas les confondre avec des arbres bronchiques ou vasculaires. Enfin les positions obliques sont nécessaires pour mettre en valeur certaines masses ganglionnaires ; aussi la radiographie doit-elle toujours être complétée par un examen radioscopique.

Comment distinguer la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques des adénopathies inflammatoires banales, en particulier de celles qui peuvent accompagner les affections pulmonaires prolongées de l'enfance : pneumonies prolongées, dilatations bronchiques ? Bien souvent, la cuti-réaction seule peut permettre un diagnostic précis, et W. donne de nombreux exemples cliniques des services que peut rendre, en pareil cas, la cuti-réaction : tantôt elle est négative, alors que toute cause d'anergie fait défaut, et on peut éliminer à coup sûr la tuberculose; tantôt la cuti est positive, et, chez un enfant de 10 ans, on peut présumer la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques avec beaucoup de vraisemblance, à condition qu'il existe une image radiologique ou quelques signes cliniques d'ordre général ou local, en faveur d'une localisation médiastinale.

Au delà de la 10e année, pendant la période scolaire, la proportion des cuti-réactions positives devient de plus en plus importante; mais la tuberculose ganglionnaire n'a généralement plus aucune importance clinique. Cependant, elle peut subir une poussée d'activité à l'occasion d'une coqueluche ou d'une rougeole, plus tard d'une grippe, d'une infection rhino-pharyngée, d'une réinfection tuberculeuse. La fièvre, une perte de poids inexpliquée, une toux sèche ou coqueluchoïde doivent faire soupçonner l'adénopathie trachéo-bronchique. Une surveillance attentive des poumons s'impose au point de vue clinique et radiologique. Mais il ne faut pas compter sur les signes locaux explicites (matité du manubrium sternal et des premiers espaces intercostaux; dyspnée expiratoire, circulation collatérale de la face, du cou et du thorax). Ces symptômes ne s'observent guère, en effet, que dans la toute première enfance. W. en cite un exemple chez un enfant de 6 ans, mais c'était un rachitique, à développement thoracique retardé.

Le pronostic de la tuberculose ganglionnaire médiastine dans l'enfance n'est pas mauvais. Il y a 2 morts de tuberculose seulement sur les 12 observations de W. Le traitement institué est le suivant : repos au lit, la fenêtre ouverte, jusqu'à disparition des manifestations fébriles ou catarrhales ; ce traitement doit s'accompagner d'un isolement aussi complet que possible pour éviter les infections secondaires, même d'ordre banal, que pourrait apporter la famille; après disparition de la fièvre et de la toux, le malade fait des cures prolongées sur la terrasse exposée au midi ; mais la cure solaire proprement dite ne doit être abordée que tardivement, progressivement, avec beaucoup de prudence : les jeunes enfants, en particulier, y sont souvent très sensibles. La lampe de quartz (en hiver), la radiothérapie (en cas de localisation précise) peuvent aussi trouver leurs indications. Enfin W. pratique la tuberculinothérapie par voie intradermique, en injections hebdomadaires, à doses prudemment progressives, en commençant par des dilutions à 1/100.000e ou à 1/1.000.000e de tuberculine ancienne de Koch.

J. Mouzon.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]

Tome XXX, n° 51, 17 Décembre 1923.

M. Bagliani. *La réaction de la novocaïne-formaline de Costa dans divers groupes de maladies.* — Le réactif est constitué par du chlorhydrate de novocaïne dissous dans une solution physiologique à 2 pour 100. On met dans une éprouvette 1 cm. 1/2 de cette solution et on ajoute III gouttes d'une solution de citrate de soude à 5 pour 100, puis III gouttes de sang. On agite l'éprouvette jusqu'à ce que le sang se soit bien mélangé avec la solution. On centrifuge de façon que les globules rouges descendent au fond de l'éprouvette et que le liquide redevienne limpide. Ensuite, on ajoute 1 goutte de formaline pure. Si la réaction se produit, en 15 minutes il se forme dans la moitié inférieure de l'éprouvette un précipité gris ou gris jaunâtre très appréciable. On doit considérer comme négatifs tous les cas dans lesquels le nuage ne se produit qu'après plus d'un quart d'heure.

Il convient de laver à l'éther le doigt sur lequel on veut prélever le sang, mais on ne recueillera pas la première goutte qui sortira après la ponction. Durant la saison chaude, on aura la précaution d'ajouter à la novocaïne V gouttes de citrate au lieu de III : de cette façon, on évitera l'effet coagulant de la chaleur; pour la même raison, on centrifugera l'éprouvette à une vitesse modérée, pendant 5 minutes.

Si l'on agite très fort, lorsque le sang a un haut pouvoir de coagulation, la réaction apparaît diffuse dans toute l'éprouvette et non de bas en haut.

La réaction est positive quand apparaît dans l'éprouvette un trouble comparable à la fumée d'une cigarette dans l'air. On doit prendre en considération la vitesse de la réaction qui se propage de bas en haut, la couleur de la réaction, laquelle devient jaunâtre lorsqu'elle est intense.

Toutes les maladies toxi-infectieuses et la grossesse à 4 mois donnent la même réaction : celle-ci est d'autant plus évidente et plus rapide que la maladie est plus grave. La réaction n'est en notable diminution que dans l'état préagonique. La réaction diminue quand s'atténue la maladie, témoignant ainsi par son plus ou moins d'intensité de l'évolution du processus morbide. Les complications et les poussées aiguës dans le cours de la maladie sont précocement signalées par la réaction bien avant que les symptômes cliniques rendent compte de la complication survenue et des nouvelles poussées évolutives.

La réaction est d'une grande valeur pronostique, qui permet de contrôler sûrement le cours de la maladie et de contrôler l'action thérapeutique.

La réaction positive est un indice sûr de la maladie; négative, elle permet d'affirmer l'état de santé d'un individu dans les cas toxi-infectieux ; elle peut servir aussi au médecin légiste pour dépister les simulateurs.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

(*Milan*)

An. XLV, n° 12, Décembre 1923.

G. Dossena. *Sur le rapport entre la réaction novocaïno-formalinique de Costa et la vitesse de sédimentation des globules rouges.* — D., dans un grand nombre d'expériences, a toujours réussi à mettre en évidence un parallélisme constant entre *l'augmentation de la vitesse de sédimentation des globules rouges et une réaction de Costa positive (réaction à la novocaïne-formaline)*, réaction révélatrice de la présence de substances spéciales dans le sang dans les états pathologiques et la grossesse.

D., en exécutant des expériences comparatives entre la réaction de Costa et la sédimentation des globules rouges sur les mêmes sujets, dans les mêmes conditions individuelles et ambiantes, soit dans l'état de grossesse, soit dans les affections les plus disparates, a toujours obtenu des résultats concordants entre les deux épreuves.

L'existence de ce parallélisme entre les deux épreuves est fort intéressante puisque l'une est l'expression d'un phénomène physique, et l'autre l'expression d'un phénomène chimique. D. pense que les deux épreuves ont leur cause génératrice exclusivement dans une modification du contenu protéique du plasma.

LA RIFORMA MEDICA

(*Naples*)

An. XL, n° 5, 4 Février 1924.

P. Mino. *Les groupes sanguins des isolysines.* — Depuis les observations déjà anciennes de Ehrlich et Morgenroth, de multiples expériences ont été entreprises sur les isolysines.

L'auteur, après avoir repris et précisé l'étude des groupes sanguins, a pu constater une concordance à peu près absolue entre les groupes des isoagglutinations et les groupes des isolysines.

Les cas exceptionnels dans lesquels cette concordance a fait défaut peuvent être attribués à la présence dans le sérum de substances anticomplémentaires ou antihémolytiques non spécifiques.

L. de Gennes.

GAZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE

(*Milan*)

An. XLIV, n° 91, 15 Novembre 1923.

P. Pari. *Pression artérielle dans les parties déclives du corps et contraction vasculaire.* — C'est un fait connu d'ancienne date que la pression artérielle est plus élevée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Ce fait reconnaît une double cause :

La pression hydrostatique.

La contraction vasculaire dont l'intervention explique que cet écart tensionnel porte surtout sur la maxima.

En position horizontale, la différence des tensions ne disparaît pas entièrement et les chiffres constatés dépassent ceux de la pression cardiaque.

L'auteur admet que cette augmentation de pression dans les parties déclives s'explique en partie par la contraction rythmique des artères à la phase systolique.

L. de Gennes.

RIVISTA OSPEDALIERA

(*Rome*)

Tome XIII, n° 18, 30 Septembre 1923.

A. Pettenati. *Sur les méningites tuberculeuses curables.* — P. rapporte et commente les cas jusqu'ici publiés de méningites tuberculeuses guéries et y ajoute la contribution d'une observation personnelle confirmée par la présence du B. K. dans le liquide céphalo-rachidien et par les résultats de l'inoculation au cobaye.

Il distingue trois ordres de méningites tuberculeuses.

La méningite avant tout exsudative ;
La méningite tuberculeuse miliaire;
Les méningites en plaques.

Il faut ajouter à cette liste les cas de méningite tuberculeuse non folliculaire de Landouzy et Gougerot. C'est à cette dernière variété qu'il faudrait rapporter la plupart des cas de guérison.

L. de Gennes.

N° 20, 30 Octobre 1923.

G. Pilotti. *L'artério-sclérose diffuse primitive de la petite circulation.* — La sclérose de l'artère pulmonaire, coïncidant avec emphysème, sclérose pleurogène, tuberculose fibreuse, lésions congénitales du cœur, n'est pas exceptionnelle et semble en rapport avec une hypertension de la petite circulation.

En réalité, il existe deux variétés de sclérose de l'artère pulmonaire :

Une sclérose primitive d'apparence essentielle ;

Une sclérose secondaire liée à des altérations pulmonaires ou cardiaques.

La sclérose de l'artère pulmonaire est presque toujours une trouvaille d'autopsie.

Il existe cependant un certain nombre de signes qui permettraient de la déceler cliniquement.

Une cyanose apparaissant chez un sujet jeune porteur de sténose mitrale sans dyspnée et sans œdème, des douleurs à type angineux (angine cyanotique), des hémoptysies abondantes survenant en dehors de tout syndrome d'infarctus doivent faire penser à la sclérose de l'artère pulmonaire.

L'examen physique montre une légère douleur à la percussion à la partie supérieure et gauche du sternum, une extension anormale vers la droite de la matité cardiaque, une propagation en haut des bruits mitraux et parfois une ombre radiologique au niveau de l'arc pulmonaire.

Le diagnostic n'en reste pas moins très difficile et P. rapporte une observation personnelle qui le prouve bien puisque le diagnostic ne put être fait que sur la table d'autopsie.

L. de Gennes.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA
(Parme)

Tome V, fasc. II, 10 Février 1924.

L. Condorelli. ***Etat du sucre libre et combiné et de l'hyperglycémie adrénalinique dans certains états pathologiques.*** — C. étend aux sujets malades des recherches commencées chez les sujets sains Voici les conclusions auxquelles il aboutit :

1° Chez les urémiques présentant une forte azotémie, le sucre libre et le sucre combiné sont augmentés, mais leur rapport demeure le même qu'à l'état normal. Il n'existe pas de relation étroite entre l'intensité de l'azotémie et celle de la glycémie.

2° Chez les néphritiques hypertendus avec azotémie ne dépassant pas 1 gr. d'urée par litre de sang, la glycémie se montre normale.

3° Dans les néphrites, il n'existe pas de changement caractéristique.

4° Chez les malades atteints de congestion rénale passive, la glycémie est normale, sauf chez ceux qui présentent des lésions importantes du foie.

5° La sclérose rénale avec hypertension artérielle s'accompagne d'une augmentation du sucre libre et d'une diminution du sucre combiné; C. croit que ces modifications sont liées à une adrénalinémie excessive.

6° Chez les tuberculeux, on observe en général une augmentation du sucre combiné, exclusivement.

7° Même observation dans certaines infections.

8° Enfin C. distingue 3 sortes de réactions dans l'hyperglycémie adrénalinique :

a) Forte augmentation du sucre libre (0,60 p. 1.000) ou diminution absolue du sucre combiné;

b) Légère augmentation du sucre libre (0,10 p. 1.000);

c) Réaction retardée, survenant après 2 heures. Ces modes de réaction paraissent individuels, sans être liés à telle ou telle maladie.

L. Cotoni.

RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENATRIA
(Reggio-Emilia)

Tome XLVII, fasc. 3-4, 31 Décembre 1923.

A. Mendicini et A. Scala. ***Etude biochimique sur la mélancolie.*** — Ayant procédé chez 7 mélancoliques au dosage des éléments minéraux de l'urine, M. et S. ont trouvé qu'il existait un trouble du métabolisme minéral, se traduisant tantôt par la rétention anormale du chlorure de sodium et de l'eau, tantôt par une décharge de ces éléments. Or, à chaque rétention de chlorure de sodium ou d'autres sels, correspond une libération d'acide chlorhydrique ou d'autres acides et une concentration des ions hydrogène dans les tissus de l'organisme. Cette hyperacidité a pour conséquence une soustraction de la réserve alcaline des tissus, et en particulier de la chaux, si nécessaire à la résistance du tissu nerveux.

M. et S. en concluent que la mélancolie doit avoir pour cause l'hyperacidité, et que ses symptômes traduisent une intoxication par les ions H. Ainsi, la dépression de l'humeur serait due à la cénesthésie pénible produite par l'altération de la substance colloïdale dont serait responsable l'hyperacidité. En somme, l'affection ne dépendrait pas d'un trouble localisé dans le système nerveux, mais d'une perturbation générale de l'organisme, dont le cerveau ne serait que l'appareil enregistreur. Ces hypothèses, ajoutent les auteurs, confirment l'étiologie de cette psychose et donnent une signification précise à la notion de prédisposition qui consisterait dans la tendance des colloïdes des tissus chez certains individus à retenir des quantités anormales de sels minéraux et en particulier de chlorure de sodium non compensée par une réserve alcaline correspondante.

P. Hartenberg.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Tome L, n° 3, 18 Janvier 1924.

H. Nevermann ***Les processus vaso-moteurs pendant la grossesse et dans les états pathologiques gravidiques.*** — E. F. Müller a montré que l'injection intradermique de très petites quantités de liquide est capable de déclencher une baisse considérable et passagère des leucocytes du sang périphérique, phénomène qu'il met sur le compte d'une excitation du parasympathique.

N. a étudié l'influence de l'injection intradermique de substances variées sur le taux des leucocytes et sur les capillaires cutanés observés au capillaroscope, parallèlement chez des femmes en dehors de la gestation, chez des femmes enceintes et chez des éclamptiques.

De ses recherches, il ressort qu'il existe un parallélisme accusé entre la leucopénie consécutive aux injections intradermiques et les réactions des capillaires qui avoisinent la papule produite par l'injection, réactions qui traduisent objectivement l'effet vaso-moteur. Les modifications déterminées par l'injection sont indépendantes qualitativement de la substance injectée : la caséine, l'eau physiologique, le sérum sanguin, l'air même agissent dans le même sens; seule l'intensité des réactions diffère selon la substance injectée. Il est capital que l'injection soit faite dans le derme même; après l'injection souscutanée, la leucopénie et les modifications des capillaires font défaut. Ces deux phénomènes peuvent être empêchés par l'adjonction d'atropine et retardés dans leur évolution par l'addition d'adrénaline.

Chez les femmes enceintes, la leucopénie et la réaction vaso-motrice se déroulent exactement comme en dehors de la grossesse. Chez les parturientes, on note une légère accélération dans la production de ces processus. Chez les éclamptiques, cette accélération se retrouve à un degré très accusé. Il semble s'agir là d'une modification de l'irritabilité de la portion parasympathique du système nerveux végétatif; mais il est possible aussi que l'hypertonie du sympathique intervienne comme le laisserait penser la grande rapidité de la chute leucocytaire et du retour du chiffre des globules blancs au taux normal. Ce changement dans l'état du système végétatif ne doit pas être considéré comme une condition étiologique de l'éclampsie, mais simplement comme un symptôme, au même titre que les autres modifications des capillaires observées dans cette affection.

P.-L. Marie.

P. Jungmann. ***A propos des infections streptococciques chroniques.*** — Laissant de côté les formes chirurgicales, J. insiste sur le polymorphisme des infections médicales à streptocoques. Bactériologiquement, il tend à rejeter les distinctions établies récemment dans le groupe du streptocoque, même la division en streptocoques hémolytiques et non hémolytiques; il n'admet pas qu'à un type clinique corresponde une variété spéciale du germe dont les caractères culturaux et biologiques sont éminemment variables. D'autre part, J. souligne la difficulté de mettre en évidence l'agent pathogène. Le pouvoir bactéricide du sang et l'activité phagocytaire des cellules endothéliales et des leucocytes interviennent, particulièrement dans les formes prolongées dites bénignes d'endocardites, pour rendre cette recherche délicate. La bactériologie ne rend donc que d'assez médiocres services pour reconnaître et identifier les infections chroniques à streptocoques; elle peut du reste créer des confusions en décelant du streptocoque dans des affections (tuberculose, cancer, leucémie) où ce germe ne joue aucun rôle étiologique.

Cliniquement, le tableau le mieux individualisé de l'infection streptococcique chronique est constitué par l'endocardite lente avec son trépied caractéristique, endocardite, splénomégalie, anémie, et son évolution presque constamment mortelle. Elle se différencie des autres formes de septicémie par l'absence de toute tendance à la formation de pus, soit localement, soit au niveau des métastases, par les caractères de son agent pathogène le *Str. viridans* (aspect des cultures, virulence faible ou nulle). Mais il ne faudrait pas croire que la mise en évidence de ce germe dans le sang soit pathognomonique de l'endocardite lente. On a décrit récemment une angiocholite lente à *Str. viridans*, mais l'assimilation à l'endocardite ne paraît pas justifiée en raison de la suppuration trouvée dans ces cas au niveau des voies biliaires. Il en est de même pour les néphrites « lentes », les anémies « lentes » avec fièvre prolongée où l'on a isolé des streptocoques ou d'autres germes, mais dont le tableau clinique est trop différent pour autoriser un rapprochement. Pareillement, on ne saurait se baser sur les caractères bactériologiques de l'agent pathogène pour délimiter l'endocardite lente, car on a signalé également l'intervention de streptocoques hémolytiques, seuls ou associés au *Str. viridans*. La variabilité du tableau clinique, qui peut se rapprocher des endocardites malignes, et des constatations bactériologiques, est liée pour J. au degré du pouvoir bactéricide du sang : l'endocardite lente traduirait un état d'équilibre instable entre les défenses de l'organisme et le microbe. Il est à remarquer à cet égard que l'affection n'atteint guère que des sujets prédisposés, porteurs de lésions valvulaires anciennes ou d'infections amygdaliennes. Il reste impossible encore d'expliquer pourquoi, dans ces conditions, la mort est l'aboutissant presque fatal, d'autant plus que dans certains cas (Libman), le streptocoque a pu disparaître complètement du sang, des valvules et des organes.

La parenté entre l'endocardite lente et l'endocardite verruqueuse à rechutes, dont l'origine streptococcique a été établie par Reyes, est évidente. Les longs intervalles entre les récidives s'expliquent par un état de microbisme latent, analogue à celui qu'on rencontre dans la tuberculose et la syphilis. Il existe d'ailleurs des formes de passage entre les 2 types d'endocardite. Les rechutes sont le plus souvent liées à un fléchissement de la résistance de l'organisme.

J. est amené à discuter les rapports entre l'endocardite lente et l'endocardite rhumatismale dont on a soutenu l'origine streptococcique que maintes raisons, mais surtout les lésions histologiques (nodules d'Aschoff), permettent de rejeter.

J. insiste enfin sur le rôle important dévolu dans la lutte contre la bactériémie aux endothéliums, et en particulier à l'endothélium du glomérule rénal. La glomérulo-néphrite est un des symptômes constants de l'endocardite lente, d'ordinaire sous forme de néphrite en foyer, rarement sous forme diffuse s'accompagnant alors d'œdèmes, d'azotémie, d'hypertension. Il semble que bon nombre de glomérulonéphrites d'apparence banale reconnaissent de même une origine streptococcique.

P.-L. Marie.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Tome LXXI, n° 7, 15 Février 1924.

A. Läwen. ***La sympathectomie péri-artérielle dans la tuberculose des extrémités.*** — Florescu, puis Gundermann ont pu améliorer notablement des tuberculoses articulaires fistulisées grâce à l'opération de Leriche. L. l'a pratiquée dans 19 cas de tuberculose des extrémités, 16 fois sur l'artère fémorale, 3 fois sur l'axillaire, sans observer de conséquence fâcheuse. Chez 4 malades le succès fut complet; dans 3 cas il s'agissait de tuberculose fistulisée du pied ou du genou; un abcès froid disparut chez le 4e malade après l'opération, sans aucun autre traitement. Dans 5 cas, l'amélioration obtenue ne saurait être mise exclusivement sur le compte de l'intervention, les malades étant soumis déjà auparavant au repos au lit et au traitement conservateur habituel. Dans les autres cas (10), le résultat fut nul.

Leriche attribue les heureux résultats de la sympathectomie à l'amélioration de la circulation périphérique et à la vaso-dilatation avec élévation de la température et de la pression artérielle locales qui accroîtraient la vitalité des tissus. L. a mesuré avec soin la température locale chez ses opérés. Chez 13 de ceux-ci, elle se montra notablement plus élevée après l'intervention qu'avant; la différence fut telle

qu'elle doit être mise sur le compte de la sympathectomie. Beaucoup de ces malades, et même ceux chez lesquels avant l'opération la température était plus élevée du côté atteint que du côté sain, accusèrent après l'intervention une sensation de chaleur dans tout le membre du côté opéré. La durée de la réaction vaso-motrice jugée par la persistance de la différence de température paraît très variable : 12, 17, 41 jours. Dans la plupart des cas favorablement influencés, la température et la vaso-dilatation du membre malade se montrèrent particulièrement accusées.

En somme, la sympathectomie dans la tuberculose des extrémités n'exerce une influence heureuse que dans un nombre restreint de cas, et indifféremment dans les tuberculoses ouvertes ou non. Le résultat semble d'autant meilleur que le siège de l'affection se rapproche de l'extrémité du membre où l'effet vaso-moteur est maximum. En outre, les formes synoviales paraissent bien influencées. Les résultats sont impossibles à prévoir, étant donné le degré et la durée de la vaso-dilatation qui se montrent des plus variables.

Quel rôle joue la sympathectomie dans la vaso-dilatation consécutive? L. met en doute l'interprétation de Leriche d'après laquelle l'intervention interromprait les nerfs vasculaires accompagnant les gros vaisseaux et se rendant aux extrémités. Les *nervi vasorum* destinés aux extrémités cheminent en réalité dans les nerfs mixtes et c'est par l'intermédiaire de ceux-ci que se produit la vaso-dilatation, qui, dans ces conditions, ne peut être que l'expression d'un réflexe. L'incitation vaso-dilatatrice produite par la lésion opératoire des plexus péri-artériels gagne de là les centres vaso-moteurs et par l'intermédiaire des nerfs mixtes est apportée aux nerfs des capillaires, qui, comme l'a montré Odermatt, ne sont pas des émanations des plexus péri-artériels. La vaso-dilatation capillaire secondaire est déclenchée d'une part par les opérations nécessaires à la libération de l'artère avec les processus de guérison qui s'y rattachent, et L. rapporte des exemples d'élévation de température des extrémités après diverses interventions telles qu'une simple arthrotomie; d'autre part, par la résection même du plexus péri-artériel qui agit plus efficacement encore. Le réflexe produit par la résection déterminerait une diminution du tonus vaso-constricteur que présentent les vaisseaux. La nature réflexe de ce mécanisme semble confirmée par les observations de Stieda et de Kappis qui ont vu l'amélioration après sympathectomie fémorale se produire non seulement au niveau des orteils, mais encore au niveau des doigts, dans un cas de maladie de Raynaud, alors que la sympathectomie brachiale n'avait donné qu'un résultat transitoire. Kappis a montré du reste que la sympathectomie fémorale est aussitôt suivie d'un abaissement de la pression sanguine dans le territoire de l'humérale. Selon L. le réflexe déclenché par la résection persiste tant que se prolongent les processus de réparation au voisinage de l'artère dénudée. P.-L. Marie.

K. von Winterfeld. *Traitement de l'anémie pernicieuse par l'auto-vaccin colibacillaire.* — l'artisan de la théorie qui voit dans une intoxication gastro-intestinale la cause de l'anémie pernicieuse et qui attribue un rôle pathogène aux bactéries qui tapissent d'une couche continue toute la muqueuse du grêle, W. a essayé de traiter cette affection par un auto-vaccin colibacillaire.

Le colibacille est prélevé au niveau du duodénum par tubage. Le vaccin contient 500 millions de germes par cmc. Les injections sont faites tous les 3 jours, dans le derme même, à raison de 100 millions de germes pour la première; on monte rapidement jusqu'à 300 millions, de façon à provoquer une vive réaction locale. Plus vive est la réaction cutanée, et meilleur est le pronostic. Si la réaction est trop violente, on redescend à 100 et même à 50 millions.

W. a traité de la sorte 5 malades sans adjonction d'aucune autre thérapeutique. Dans 4 cas, il a obtenu une amélioration très nette. Celle-ci est moins rapide qu'avec les agents qui excitent la moelle osseuse, l'arsenic par exemple, mais elle persiste davantage.

Sous l'influence d'une cure prolongée, l'état général s'amende le premier; l'appétit renaît, les douleurs linguales et les troubles gastriques disparaissent, les forces reviennent sans que pendant longtemps la formule sanguine soit sensiblement modifiée; enfin celle-ci s'améliore, d'abord quantitativement. Chez les malades de W., les globules rouges se sont peu à peu élevés des environs de 1 million à 3 millions et demi, et même à 4.800.000 dans un cas.

En pratique, il est recommandable d'associer l'arsenic, excitomédullaire, à l'auto-vaccin qui combat l'intoxication. P.-L. Marie.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Tome XXXVII, n° 6, 7 Février 1924.

Prof. Emil Redlich. *Un cas de paludisme larvé après inoculation palustre pour traitement de la paralysie générale. Remarques sur les relations possibles de l'épilepsie et du paludisme.* — L'observation concerne une malade de la clinique de Wagner-Jauregg, qui présentait des signes cliniques et humoraux de paralysie générale au début : syphilis en 1918; douleurs en lancées en 1921; crises convulsives en Juin 1922, troubles de la mémoire, légers troubles de la parole et tremblement de la langue en Septembre; syndrome humoral typique de paralysie générale à la ponction lombaire. Le paludisme fut inoculé le 25 Octobre. Le 31 Octobre, la température s'éleva à 39°; le 1er Novembre, il y eut un grand frisson et la fièvre atteignit 41°2. Depuis lors, il y eut encore 5 frissons, de type tierce, avec un peu de délire ou de stupeur. Le 11 Novembre, après le dernier frisson, on administra 0 gr. 50 de sulfate de quinine le soir; puis deux fois 0 gr. 50 le 12 et le 13, et 0 gr. 50 le 14. Le 15 Novembre, on injecta 0 gr. 30 de néosalvarsan. Cependant il persista un peu de somnolence et du bredouillement. A partir du 15 Novembre, la malade présenta, tous les 2 jours, un état comateux avec symptômes cataleptoïdes; l'examen du sang, à ce moment, permit de constater quelques rares hématozoaires. Le traitement de quinine fut repris le 22 Novembre, jusqu'à concurrence de 4 gr. 50 en tout; puis 3 injections de néosalvarsan furent faites (0,30; 0,45; 0,45) et, à partir du 27 Novembre, la malade se rétablit. Elle est bien orientée; la parole est presque normale.

Sur 400 inoculations de paludisme pratiquées à la clinique de Wagner-Jauregg, c'est le seul cas d'équivalent palustre à forme stuporeuse que R. ait pu relever. Cet équivalent est à rapprocher des névralgies du trijumeau, des sciatiques, des paraplégies, des crises épileptiques qui ont été également observées à la place des crises palustres. Le retour périodique et la guérison par la quinine caractérisent tous ces équivalents palustres, parmi lesquels les psychoses à type de stupeur sont les plus souvent signalés. Cette observation montre, en outre, qu'il est utile, après inoculation de malaria, de ne pas rester au-dessous de la dose de 5 gr. de quinine, que donne habituellement Wagner-Jauregg lui-même.

R. envisage, à propos de ce cas, le rôle du paludisme dans l'étiologie de l'épilepsie. L'existence de crises épileptiques au cours des crises palustres est un fait établi. De même l'existence de crises larvées qui se manifestent par les seules convulsions ou par de grandes crises épileptiques. Mais il est possible également que le paludisme puisse déclencher, chez des sujets plus ou moins prédisposés, un véritable mal comitial (Griesinger, Höstermann, Driel). R. cite plusieurs observations personnelles relatives à des soldats et à des officiers qui avaient contracté le paludisme en Orient pendant la guerre, et qui présentèrent, dans les mois ou dans les années qui suivirent, des crises épileptiques. Anatomiquement, le rôle du paludisme dans l'étiologie de l'épilepsie pourrait s'expliquer, soit, — comme l'admettait Griesinger, — grâce à des embolies pigmentaires ou à des lésions des capillaires par les parasites, — soit grâce aux lésions d'infiltration méningée et périvasculaire et de prolifération gliale qu'ont mises en valeur les travaux de Dürck, de Cerletti et de Weingartner. J. Mouzon.

N° 7, 14 Février 1924.

Prof. R. Polland (de Graz). *Le traitement abortif de la syphilis.* — P. a pu suivre, dans de bonnes conditions, 88 cas de syphilis traités dans les six semaines qui ont suivi la contamination. Le diagnostic était fait par l'ultramicroscope.

Le Wassermann était tantôt positif, tantôt négatif. La cure consistait en une dizaine d'injections intraveineuses de néosalvarsan, à des doses de 0,20 centigr. à 0,40 centigr. combinées (soit dans la même injection, soit en injections intercalaires) avec une cure mercurielle. Six semaines après la première cure, P. fait encore 6 injections de salvarsan, mais les malades ne vont souvent pas jusqu'au bout de leur traitement. Les malades sont considérés comme guéris lorsqu'ils restent 2 ou 3 ans sans accident clinique et que leur Wassermann reste négatif (il n'est pas fait mention de la ponction lombaire).

12 malades ont pu être traités dès la 3e semaine de l'affection (un seul Wassermann positif) : 90 p. 100 de guérison. 49 ont commencé le traitement dans la 4e semaine (11 fois Wassermann positif) : 75 pour 100 de guérison. 18 ont été entrepris dans la 5e semaine (13 fois Wassermann positif) : 60 pour 100 de guérison; 9 n'ont été vus que dans la 6e semaine (Wassermann positif chez 4) : 40 pour 100 de guérison.

A partir de la 7e semaine, il existe des accidents secondaires, et il ne peut plus être question de traitement abortif.

Dans 2 cas la guérison a été prouvée par une réinfection. Le seul cas de récidive clinique (chancre redux et syphilides papuleuses du scrotum) a été observé chez un malade qui avait été soigné à la 9e semaine, et dont le Wassermann avait toujours été négatif. P. interprète ce fait en faveur de sa conception du Wassermann, qui serait le témoin de la présence d'anticorps dans le sang du malade, et qui représenterait une réaction de défense. J. Mouzon.

Nos 7 et 8, 14 et 21 Février 1924.

Anton Hittmair, Otto Luze et Hermann Hönlinger (d'Innsbrück). *La lymphogranulomatose.* — Les 3 observations de H., L. et H. sont intéressantes.

La première est celle d'un ecclésiastique de 49 ans, de santé robuste, qui fut pris, dans les premiers jours de 1922, de douleurs dans la région du foie et de la rate, de fatigue, d'anorexie, de nausées, de crises sudorales, de fièvre atteignant 39°8. Cette poussée fut de courte durée, mais laissa à sa suite une adénopathie cervicale gauche. Puis, de nouveaux épisodes analogues se reproduisirent toutes les 3 semaines, s'accompagnant, à chaque fois, d'une augmentation de volume plus marquée des ganglions cervicaux. A partir du mois de Mai apparurent des épistaxis et du purpura. On constata, à ce moment, de l'hépatomégalie, de la splénomégalie et une adénopathie médiastinale. C'est seulement au mois d'Octobre que la fièvre devint continue et que l'état général commença à s'altérer, et la mort survint le 26 Novembre, au milieu de symptômes de dyspnée, d'anasarque, d'anémie grave et de collapsus cardiaque.

La deuxième observation concerne un musicien de 27 ans, qui présenta, à la fin d'Août 1921, une légère tuméfaction derrière l'oreille gauche. Puis, vers la fin d'Octobre, apparurent des frissons, l'adénopathie augmenta, mais l'état général restait excellent et le malade continuait ses occupations. Au milieu de Mars 1922, il se plaignit de fièvre et de sueurs. A partir du 5 Avril, il entra dans une maison de santé, où l'on constata que, périodiquement, la température s'élevait par échelons jusqu'à 40°, s'y maintenait quelques jours, puis descendait en lysis. La durée de l'épisode fébrile était d'abord de 2 septenaires, puis il s'allongea jusqu'au double. La fièvre continue s'installa au milieu d'Août et dura jusqu'à la mort qui survint le 16 Octobre 1922. Au début, les accès de fièvre ne s'accompagnaient que d'un malaise modéré, avec adénopathie sus-claviculaire gauche volumineuse, adénopathie trachéo-bronchique, hépato et splénomégalie, abondante chute de cheveux. A partir du mois d'Août, les épistaxis firent leur apparition, puis, au début de Septembre, le purpura, et, à la fin de Septembre, les hémorragies gingivales et la stomatite, qui marquèrent la période terminale.

Le troisième cas évolua plus lentement. C'est un employé des postes de 28 ans, qui remarqua, en Décembre 1921, l'apparition d'une adénopathie rapidement progressive dans le creux sus-claviculaire droit. Il se fit opérer en Février 1922. Mais il existait déjà, à ce moment, de petits ganglions cervicaux, qui augmentèrent rapidement, en même temps que de nouvelles masses ganglionnaires apparaissaient dans la région cervicale gauche et dans les aisselles. Un traitement ferro-arsenical fut mal supporté et déclencha du prurit, qui persiste depuis lors. En Décembre 1922, apparurent de légers accès de fièvre (38° au plus) avec fatigue, sueurs, pâleur progressive. Il y avait adénopathie médiastinale sans hépato ni splénomégalie. Cependant, après chute de la fièvre, toutes les adénopathies rétrocédèrent et le malade put sortir de l'hôpital où il devait revenir pour suivre un traitement radiothérapique.





NOUVEAU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
MÉDICATION SPÉCIFIQUE INTRA-MUSCULAIRE

Trépol

Spirillicide à base de tartrobismuthate de potassium et de sodium
concentré à 64 °/o de Bi en suspension huileuse

Néo-Trépol

Spirillicide à base de bismuth précipité
concentré à 96 °/o de Bi en milieu isotonique
(Seules préparations bismuthiques pures établies d'après les procédés et travaux de MM le Dr LEVADITI et SAZERAC et des Drs FOURNIER et GUÉNOT)

ADOPTÉS par l'Assistance Publique dans les Hôpitaux de Paris
et dans les services de prophylaxie du Ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociales

INJECTIONS INDOLORES
PAS DE TOXICITE - TOLÉRANCE PARFAITE

INDICATIONS

Trépol	Néo-Trépol
Tous les cas de syphilis primaire et de syphilis secondaire	Tous les cas de syphilis et chez les anciens syphilitiques sans lésions apparentes mais à B.W positif

Littérature et Echantillons sur demande adressée aux
Fabriques de Produits Chimiques BILLAULT
(anciennement CHENAL et DOUILHET)
22, Rue de la Sorbonne, 22 - PARIS (Ve).
REGISTRE DU COMMERCE PARIS N° 209 079 B

Monsieur le Docteur,

Vous avez, certainement, dans votre service, ou dans votre clientèle, quelque cas d'infection très grave, médicale ou chirurgicale, (*hyperthermie persistante, septicémie, fièvre puerpérale*) ;

ou quelque cas de dystrophie rebelle (*dénutrition avancée, dystrophies infantiles, amaigrissement, chloro-anémie, épuisement, cachexie*) ;

Dans ces cas le CYTOSAL (*seul, sans autre médication*) modifie nettement et de façon souvent inespérée la marche de la maladie.

Il vous suffira de quelques jours pour vous en convaincre.

(Ce sont les cas graves qui jugent une médication.)



AUCUNE CONTRE-INDICATION — INNOCUITE ABSOLUE

cuill. à café, dans un grand demi-verre d'eau sucrée, avant chacun des 2 repas
Cas graves, une 3e le matin et au besoin une 4e l'après-midi.
Enfants au-dessous de 10 ans, moitié de ces doses.

LITTER. ET ÉCHANT. LABORAT. LOUIS SCHAERER 154, Bd HAUSSMANN-PARIS
Rég. du Com. : Seine, 2.021.

Les auteurs décrivent, d'après ces symptômes, 4 phases cliniques à la lymphogranulomatose : 1º période de l'adénopathie localisée ; 2º période des accidents généraux intermittents ; 3º période des accidents généraux permanents ; 4º période de fièvre continue, d'anémie grave et de cachexie. Ces 4 stades sont nettement distincts dans la 2e observation ; le 1er a passé inaperçu dans la 1re observation ; le 2e n'a pas été dépassé, jusqu'à présent, dans la 3e observation.

D'autre part, il faut noter l'absence du prurit dans les 2 premières observations. Ce n'est pas un signe constant de la lymphogranulomatose.

Au point de vue hématologique, il faut noter l'absence d'éosinophilie — signe pourtant classique — dans les 3 observations, ainsi que la lymphopénie. Dans les observations 1 et 2, il y avait leucocytose ; dans l'observation 2, leucopénie. Les numérations de plaquettes ont donné des résultats intéressants ; dans le cas 1, crise de plaquettose formidable (1.150.000) à la suite de l'irradiation de la rate ; dans le cas 2, chute progressive de la plaquettose initiale (528.000), qui fait place à un véritable syndrome de purpura hémorragique au moment où apparaissent les symptômes hémorragiques de la période terminale (780.000 globules rouges, 2.040 plaquettes, 300 à 500 leucocytes). L'évolution des leucocytes pendant les accès fébriles était curieuse à suivre dans les 2 premiers cas. L'ascension de la température s'accompagnait de leucocytose. Puis le chiffre des leucocytes retombait pendant la période fébrile et remontait de nouveau lors de la défervescence.

La thérapeutique ne peut vraisemblablement viser, jusqu'à présent, qu'à retarder l'évolution. Tel a été, sans doute, le rôle de la radiothérapie dans l'observation 3.

Une étude anatomique intéressante a été faite surtout dans l'observation 2 ; en effet, une biopsie faite 2 mois avant la mort a permis une comparaison avec les lésions trouvées à l'autopsie : les ganglions biopsiés étaient plus riches en cellules, parmi lesquelles dominaient les lymphocytes ; le tissu était plus mou, plus fibrineux ; les cellules géantes de Sternberg plus nombreuses. Au contraire, à l'autopsie, les ganglions étaient plus fermes, plus fibreux, plus vasculaires. Les cellules étaient surtout du type conjonctif et le tissu typique de lymphogranulomatose, riche en cellules, se retrouvait seulement par foyers limités au milieu du tissu de sclérose. Etait-ce là le fait de l'évolution spontanée de la maladie ou la conséquence de la rœntgenthérapie ? En tout cas, on retrouvait des foyers de nécrose et d'hémorragie dans certains ganglions, même à la biopsie, avant la radiothérapie. D'autre part, les éosinophiles faisaient défaut. Il est probable qu'ils caractérisent plutôt les stades initiaux de la maladie. Ils étaient en effet très nombreux dans les ganglions qui avaient été enlevés opératoirement chez le malade de l'observation 3. Ils s'associaient, dans ce cas, aux cellules de Sternberg. Dans la rate de l'observation 2, on retrouvait le même tissu que dans les ganglions, tissu de granulation avec cellules géantes de Sternberg, et transformation fibro-hyaline des follicules.

Tous les examens bactériologiques sont restés négatifs ; B.-W. négatif ; hémocultures et cultures des ganglions négatives ; recherche des bacilles de Koch dans les coupes, par homogénéisation et par inoculations au cobaye, entièrement négative.

J. Mouzon.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

Nº 3294, 16 Février 1924.

H. Platt. ***Le traitement orthopédique précoce dans la poliomyélite antérieure aiguë.*** — L'invalidité sérieuse si souvent consécutive à la poliomyélite et qu'il faut s'attacher à prévenir dépend bien plus de l'existence de difformités que de la paralysie elle-même. C'est au début de la phase de régression de la poliomyélite, qui s'étend de la 6e semaine à la fin de la 2e année, qu'il importe d'intervenir et de s'opposer à la perte des fonctions musculaires qui s'associe presque toujours au développement ultérieur des difformités. Mais, dès le diagnostic de paralysie infantile posé, certains préceptes fondamentaux sont à observer :

1º Repos complet, pour épargner aux cellules nerveuses enflammées toute excitation. On le réalise en immobilisant le patient dans une gouttière ouatée ou mieux dans un lit de plâtre moulé.

2º Adoption de certaines positions des membres, dès le moment où l'immobilisation est faite, destinées à prévenir les déformations les plus habituelles : pour les membres inférieurs, extension des hanches et des genoux, pieds maintenus à angle droit ; pour les membres supérieurs, abduction de l'épaule à 90º, flexion du coude avec supination de l'avant-bras, au besoin flexion dorsale du poignet.

3º Relâchement des muscles paralysés. Pendant les premières semaines, il faut se garder de mouvoir l'enfant et même de l'examiner trop fréquemment. Seulement lorsque l'état de sensibilité douloureuse des membres aura complètement disparu, c'est-à-dire d'ordinaire au bout de 5 à 6 semaines, on pourra faire asseoir progressivement le malade, les membres étant toujours maintenus immobilisés dans la position favorable. Dans les cas graves (paralysie du tronc et des 4 membres), l'immobilisation absolue doit être conservée beaucoup plus longtemps.

La période de régression se trouve ainsi atteinte sans que l'enfant ait tendance aux déformations et l'on pourra mettre en œuvre dans d'excellentes conditions le traitement spécial qu'elle comporte.

Tels sont les principes de traitement orthopédique précoce qu'a appliqués P. lors d'une épidémie locale, avec des résultats ultérieurs dont il n'a eu qu'à se louer.

P.-L. Marie.

J. A. Braxton Hicks et J. Pearce. ***La réaction du benjoin colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien.*** — B. H. et P. apportent les résultats de leur pratique de la réaction du benjoin colloïdal chez plus de 200 malades atteints d'affections du système nerveux. Ils ont suivi fidèlement la technique indiquée par Guillain, Laroche et Léchelle. Le liquide céphalo-rachidien était soumis en même temps aux autres examens d'usage.

De leurs recherches, B. H. et P. concluent que la réaction du benjoin est une épreuve simple presque aussi sensible que le Wassermann pour déceler la neuro-syphilis. Leur statistique montre toutefois que, surtout en ce qui concerne le tabes, l'avantage reste encore au Wassermann. A l'inverse de certains auteurs, ils n'ont pas trouvé de courbe de précipitation propre à la paralysie générale et distincte de la courbe des autres variétés de neuro-syphilis. S'il est exact que certains cas de tabes ont moins de tendance à donner un précipité dans les tubes 9, 10 et 11, plusieurs cas de paralysie générale confirmés se sont comportés de même.

Aucune autre affection que la neuro-syphilis ne donne lieu à un résultat positif, c'est-à-dire à un précipité dans les 6 premiers tubes.

En dehors des réactions positives et de la présence de sang, les légères différences qu'on observe parfois avec la courbe normale de précipitation semblent indiquer une modification pathologique du liquide céphalo-rachidien, ainsi que B. H. et P. l'ont observé dans 3 cas de sclérose en plaques et dans des cas de tumeur cérébrale ; mais il ne s'ensuit pas que tous les liquides pathologiques donnent nécessairement cette réaction atypique avec le benjoin colloïdal.

P.-L. Marie.

Nº 3295, 23 Février 1924.

G. Upcott-Gill et H. B. Jones. ***Un cas de gomme de l'iléon au début.*** — Les gommes de l'iléon sont des raretés cliniques.

Dans le cas rapporté ici, il s'agit d'un homme de 45 ans, niant la syphilis, mais présentant un Wassermann positif, qui, en 1916, commença à se plaindre de coliques avec vomissements qui soulageaient la douleur ; ces symptômes s'aggravèrent, s'accompagnant de distension abdominale péri-ombilicale. Une laparotomie exploratrice montra un épaississement et une congestion de l'iléon à 60 cm. au-dessus de la valvule iléo-cæcale ; 60 cm. d'intestin furent réséqués et une anastomose pratiquée entre l'iléon et le côlon transverse. L'état s'améliora peu. En 1917, hématémèse et hémorragie intestinale de sang rouge vif, suivie de nouvelles crises de coliques et de vomissements durant environ 2 mois chacune. En 1923, devant la persistance des crises de douleurs en coup de poignard, à siège péri-ombilical irradiant vers le dos, accompagnées de vomissement, de diarrhée et d'un péristaltisme accusé, le malade entra de nouveau à l'hôpital. Il présentait des signes de tabes fruste. Il existait des hémorragies occultes dans les selles, où l'on ne décela ni amibes, ni parasites. Une seconde laparotomie fut pratiquée. A 60 cm. de la fin de l'iléon sur 7 cm. de longueur, l'intestin était congestionné et présentait au centre de cette zone un épaississement nettement limité rétrécissant sa lumière ; il existait de petites plaques blanches sur le mésentère et les franges épiploïques avaient un aspect gris perle, manifestations assez caractéristiques de la péritonite syphilitique (Letulle). Les adhérences empêchèrent de rechercher s'il existait d'autres lésions intestinales, très possibles étant donné la longue durée de l'affection. L'abdomen fut refermé sans résection intestinale. Le traitement antisyphilitique intensif procura une amélioration considérable.

P.-L. Marie.

EKATERINOSLAVSKY MÉDITZINSKY JOURNAL

Tome II, nºs 9-10, 1923.

B. F. Lessévitch. ***Contribution à l'étude des complications chirurgicales du typhus exanthématique.*** — Le cas rapporté par L. est intéressant par l'étendue et la localisation des lésions. Il s'agit d'une jeune paysanne de 19 ans qui, au 6e jour d'un typhus exanthématique accompagné d'une éruption hémorragique abondante, fut prise d'une hémorragie génitale ayant persisté pendant 17 jours. Sur ces entrefaites, une injection vaginale amena la sortie d'un morceau volumineux de tissus fétides dans lequel un infirmier crut reconnaître « le vagin avec le corps de la matrice ». Le jour même de cet accident, on constata la pénétration dans la plaie d'urine et de matières fécales.

Lorsque, 18 mois environ plus tard, la malade fut admise dans le service du professeur Tomachévitch, l'examen montra que l'entrée du vagin était représentée par un orifice irrégulier à bords cicatriciels, dont le diamètre antéro-postérieur mesurait 2 cm. 1/2 et le diamètre transversal 1 cm. 1/2. Cet orifice aboutissait à un « cloaque » de 3 cm. 1/2 de profondeur et dont le fond était formé par la paroi de la vessie. Sur les côtés, cette cavité était limitée par des surfaces cicatricielles, et, en avant, par la muqueuse vaginale, pâle, ridée et parsemée de cicatrices. Une sonde introduite dans l'urètre pénétrait dans la cavité du cloaque, qui, d'autre part, communiquait avec le rectum par un orifice arrondi de 2 cm. 1/2 de diamètre, situé à 3 cm. 7 au-dessus de l'anus.

Le processus destructif (gangrène par ischémie) avait porté à la fois sur l'utérus, le vagin, la vessie et le rectum, ainsi que sur les organes génitaux externes (partie postérieure des grandes lèvres, fourchette et tiers antérieur du périnée). L'utérus a été détruit presque entièrement. Du vagin il ne restait plus qu'une partie, notablement modifiée d'ailleurs, de la paroi antérieure. Par contre, du côté de la vessie et du rectum, la destruction n'a été que partielle, portant sur la portion inférieure de la paroi postérieure du col de la vessie et sur la paroi antérieure du rectum.

Par l'analyse des données embryologiques, L. montre que le processus destructif a porté, en l'espèce, électivement sur les tissus qui, pendant la vie embryonnaire, faisaient partie du cloaque et de la cloison subdivisant celui-ci en sinus uro-génital, d'une part, et excavation ano-rectale, d'autre part.

L. Cheinisse.

Nºs 15-16, 1923.

B. I. Morgoulis (de Krementchoug). ***Contribution à l'étiologie de la chorée de Huntington.*** — L'étiologie de la chorée de Huntington, qui est héréditaire et suit une marche chronique et progressive, est assez obscure. Aussi n'est-il pas sans intérêt de signaler le cas publié par M. et qui a trait à une femme de 53 ans, atteinte depuis plus de 6 ans de chorée à marche progressive, avec troubles psychiques (affaiblissement de la mémoire et de l'attention). Au point de vue héréditaire, notons que l'arrière-grand'mère, le fils de celle-ci (le grand-père de la malade) et le père de la patiente étaient des alcooliques. La chorée semble avoir existé dans ces 3 générations. Une des filles de la malade a été atteinte, à l'âge de 17 ans, d'une maladie qui s'accompagnait de convulsions généralisées, avec perte de connaissance et parésie du bras droit. Cette affection a duré 2 ans, mais, même après la guérison, le bras droit est resté plus faible.

Ainsi donc, l'hérédité — similaire ou de transformation — a pu être suivie ici dans 5 générations successives. L'affection frappait, de préférence, le sexe féminin (5 femmes contre 2 hommes). L'alcoolisme semble avoir joué le rôle de facteur étiologique.

L. Cheinisse.



CÈDRE DU MAROC
CED-ROC
Huile Essentielle
de CÈDRUS ATLANTICA
0 Gr. 30 par Capsule

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE MÉDECINE

(*Paris*)

Tome XLI, 1924, n° 1.

J. Dechaume et P. Sédallian (Lyon). *L'encéphalite tuberculeuse.* — Dans cette étude d'ensemble, D. et S. distinguent trois variétés de faits :

1° Les encéphalites aiguës, relativement peu fréquentes, sont superposables, à la fois comme symptômes, évolution et caractères anatomiques, à l'encéphalite hémorragique d'origine infectieuse, telle que l'a décrite Chartier Cette encéphalite, qui s'associe souvent à de la méningite tuberculeuse, prend alors le pas sur les lésions méningées.

Comme au niveau du poumon, on peut du reste décrire au niveau des centres nerveux des lésions folliculaires et non folliculaires.

2° Les formes subaiguës peuvent avoir une évolution fatale ou être curables, comme dans certains cas de J. Lépine.

3° Enfin, la tuberculose peut déterminer des poussées congestives au niveau de l'encéphale, et Chantemesse a attribué le délire ou les modifications psychiques qui précèdent de longtemps certaines formes anormales de la méningite tuberculeuse de l'adulte à des réactions vaso-motrices des vaisseaux de l'encéphale. Des faits de même ordre ont été décrits par Armand-Delille, Gougerot.

D et S. décrivent avec soin au point de vue anatomo-pathologique les lésions cérébrales sous-jacentes à une méningite tuberculeuse, ainsi que les lésions encéphaliques ou méningo-encéphaliques sans formations macroscopiques ou microscopiques démontrant d'une façon évidente la cause tuberculeuse.

Cliniquement, la confusion avec la méningite tuberculeuse paraît d'autant plus excusable que souvent, surtout chez l'enfant, la méningite folliculaire coexiste avec les lésions de l'encéphale. Mais chez l'adulte, où les symptômes corticaux dominent, il faut retenir le caractère fugace des signes de contracture, leur absence parfois et la lymphocytose rachidienne minime, cette dernière traduisant plus une simple irritation méningée de voisinage qu'une atteinte même de la méninge.

Le diagnostic peut également se poser, suivant les cas, avec l'hémorragie méningée, l'encéphalite léthargique, le ramollissement ou l'hémorragie cérébrale, les tumeurs cérébrales.

D. et S. relatent l'observation d'une femme de 23 ans, atteinte d'albuminurie de la grossesse, chez laquelle, après un accouchement prématuré, on vit apparaître un syndrome encéphalitique suraigu avec épilepsie et myoclonies. A l'autopsie, encéphalite hémorragique, sans granulations sur les méninges; tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, granulations hépatiques, pas de lésions rénales. Au niveau de cette encéphalite aiguë hémorragique, D. et S. ont cherché sur de nombreuses coupes la présence de bacilles de Koch, sans pouvoir en trouver, ni dans les vaisseaux thrombosés, ni dans les amas cellulaires périvasculaires, ni dans les petits vaisseaux à paroi nécrosée; ils n'ont d'ailleurs trouvé aucun autre microbe. L. Rivet.

André Cain Pierre Hillemant et Georges Perrial. *Scorbut et insuffisance hépatique.* — C., H. et P. relatent l'observation d'un homme de 37 ans, chez lequel s'installa un syndrome constitué essentiellement par une gingivite végétante, une éruption purpurique péripilaire, un vaste hématome infiltrant le membre inférieur gauche et lui donnant une teinte ecchymotique. L'amaigrissement, l'altération de l'état général, la légère élévation thermique, les douleurs dans les membres inférieurs complètent le tableau du scorbut. L'examen du sang est normal, en dehors d'une anémie assez prononcée.

Les troubles de l'état général persistèrent longtemps après la guérison clinique du scorbut sous l'influence du régime approprié. En dehors de la carence proprement dite, il existe donc une atteinte plus profonde que C., H., P. ont cherché à préciser.

Tout d'abord, il existait une hypopepsie avec anachlorhydrie complète. Mais surtout, les recherches pratiquées sur les urines et le sérum sanguin révélèrent des troubles notables du métabolisme des protéines, ainsi que l'ont déjà vu MM. Labbé, Haguenau et Nepveux. Ces troubles ne s'atténuèrent que très lentement et survécurent à la guérison clinique. L'uréopoïèse est très altérée et le rapport azoturique très diminué.

C., H. et P. ont pu, par le dosage de l'azote résiduel du sérum et par l'épreuve de l'hémoclasie digestive, mettre en évidence l'insuffisance de l'action du foie sur les matières protéiques. Cette insuffisance protéique du foie est étroitement liée à l'évolution du scorbut et ne saurait être rattachée à un état pathologique antérieur; elle a disparu avec le scorbut et a même été sa dernière manifestation; en même temps disparut la mélanodermie qui était si accentuée à l'entrée du malade qu'elle pouvait faire penser à une maladie d'Addison. L. Rivet.

JOURNAL D'UROLOGIE

(*Paris*)

Tome XVI, n° 3, Septembre 1923.

M. Sérès (Barcelone). *Corrélation fonctionnelle vésico-rénale.* — S. expose en cet intéressant article le mécanisme qui préside aux modifications sécrétoires du rein sous l'influence d'excitations parties de la vessie. Voici quelles sont ses conclusions : la rétention aiguë d'urine s'accompagne de polyurie dans les premières heures de la rétention et dans celles qui suivent l'évacuation vésicale. Mais si la rétention continue, l'oligurie est la règle; la polyurie est plus intense si la vessie a une contractilité normale ou exagérée. Ces modifications de la sécrétion rénale ont été réalisées expérimentalement chez le chien, au moyen de la distension ou de la faradisation de la vessie. Elles cessent de se produire quand le rein est énervé; c'est donc un phénomène nerveux qui intervient. Le système de corrélation nerveuse vésico-rénal est constitué par le ganglion mésentérique inférieur qui mérite ainsi le nom de ganglion vésico-rénal, par ses branches afférentes d'origine vésicale (au nombre de 2) et ses branches efférentes aboutissant à chacun des reins ou aux ganglions du pédicule rénal. Les branches rénales du ganglion vésico-rénal n'ont encore été indiquées par personne; elles ont été trouvées par l'auteur chez le chien, chez le fœtus humain, mais elles n'ont pu être mises en évidence chez l'homme adulte. Les expériences physiologiques d'interruption de cette voie ont bien montré sa fonction; il en a été de même de l'excitation faradique du ganglion vésico-rénal. Cette corrélation nerveuse permet d'utiliser dans le traitement de l'anurie calculeuse des moyens assez efficaces : l'auteur conseille de procéder d'une des deux manières suivantes dans le traitement des anuries réflexes : 1° distendre la vessie modérément avec une solution de chlorure de sodium à 14 pour 100; l'évacuer ensuite soit par mixtion spontanée, ce qui est préférable, soit par sondage; répéter ces manœuvres toutes les 2 ou 3 heures; 2° pratiquer l'excitation faradique modérée de la vessie en plaçant une des électrodes à l'intérieur d'une sonde plongeant dans la vessie pleine de liquide, l'autre électrode étant appliquée sous la région sacrée ou sur la paroi abdominale. Ces méthodes donnent d'heureux succès dans les anuries calculeuses ainsi que dans un certain nombre de cas d'anurie post-opératoire. Wolfromm.

N° 5, Novembre 1923.

Robert Lévy. *Des accidents et complications des tuberculoses rénales soi-disant guéries* — L'auteur étudie avec soin 6 observations de tuberculose rénale soi-disant guérie et dégage de cette étude les notions suivantes :

1° Le rein mastic peut être le fait d'une tuberculose fermée d'emblée ou bien primitivement ouverte; dans le premier cas, l'uretère n'est pas forcément imperméable. La distinction se fait d'après l'existence ou l'absence dans les antécédents de tout signe clinique d'une bacillose rénale ouverte.

2° Ni la dégénérescence massive d'un rein tuberculeux, ni son exclusion par oblitération urétérale ne mettent l'organisme à l'abri d'accidents souvent fort graves.

3° Ces accidents doivent être interprétés comme les manifestations de la persistance, de la survie de lésions tuberculeuses actives; ils peuvent affecter une allure aiguë ou chronique et se localiser soit sur le rein tuberculeux lui-même et son atmosphère, soit sur son congénère, soit sur les voies urinaires inférieures, notamment la vessie.

Dans le premier cas, on observe des phénomènes septiques graves d'apparence pyonéphrotique ou des phénomènes périnéphrétiques d'intensité variable du côté malade, avec des troubles graves de l'état général, de la fièvre, des douleurs lombaires bilatérales.

Dans le second cas, on a affaire à de la néphrite d'ordre toxique ou bien à de la tuberculose du rein opposé, avec albuminurie, pyurie, et abaissement variable de la valeur fonctionnelle du rein restant.

Dans le dernier cas, il s'agit de lésions vésicales de toutes sortes depuis l'irritabilité simple de la vessie, imputable au réflexe rénovésical, jusqu'à la bacillose la plus étendue avec toutes leurs conséquences cliniques.

4° Tous ces accidents sont provoqués, sans aucun doute possible, par le rein tuberculeux auto-néphrectomisé. Les preuves en sont l'amélioration immédiate de l'état général et la disparition rapide des phénomènes pathologiques, consécutives à l'ablation de l'organe malade.

Somme toute, ces reins se comportent dans l'organisme comme des tuberculoses rénales ouvertes et se montrent capables de provoquer, comme celles-ci, tous les accidents caractéristiques, l'hématurie excepté.

5° On ne peut donc raisonnablement considérer ces formes de la bacillose rénale comme formes de guérison. La possibilité d'accidents provoqués par elle montre une fois de plus que bon nombre de tuberculoses rénales passent inaperçues dans leurs débuts ou sont méconnues par le médecin. Il faut enfin en conclure qu'une lésion rénale de ce genre demande à être enlevée aussitôt dépistée, si l'état du malade le permet. Wolfromm.

N° 6, Décembre 1923.

Sauveur et Eugène Li Virghi (Naples). *La leucoplasie vésicale et son traitement radical.* — Faute d'examens cystoscopiques, qu'il est un devoir de faire dans tous les cas d'urines troubles, bon nombre de cas de leucoplasie vésicale sont méconnus. Les auteurs ont pu en observer 12, 11 chez des hommes de 20 à 35 ans et 1 chez une femme de 60 ans.

La leucoplasie vésicale consiste en une transformation cornée de l'épithélium vésical au niveau de plaques blanchâtres, dont les bords tantôt nets, tantôt déchiquetés, très peu saillants, ont quelquefois des prolongements irréguliers; elles siègent en général sur le bas-fond de la vessie; entre elles la muqueuse est saine. Quand il n'y a qu'une seule plaque, ce qui est très rare, elle est de grande étendue.

Les auteurs n'ont jamais observé d'hématurie, ni de cystite; ce sont là des épiphénomènes dont la cause peut être variable et qui peuvent parfaitement faire défaut. Des symptômes fréquents sont : la rétention, conséquence directe de la diffusion des lésions leucoplasiques au segment postérieur du col vésical, — la polyurie, phénomène réflexe, due à l'irritation du rein par l'augmentation de tension intravésicale, — la bactériurie d'origine purement vésicale.

Un seul symptôme est constant : le trouble des urines vésicales; les urines contiennent de petites masses globuleuses comparables aux grains de tapioca cuits, des filaments courts et abondants. Si on laisse sédimenter l'urine durant 24 heures, il se forme 3 couches nettement séparées : la couche supérieure est claire s'il n'y a pas bactériurie; elle est opalescente dans le cas contraire; la couche moyenne est constituée par un sédiment léger floconneux, peu transparent, rappelant celui des urines physiologiques; la couche inférieure forme un dépôt dense où se rencontrent de nombreux leucocytes plus ou moins déformés, des cellules épithéliales, le plus souvent en état de dégénérescence cornée, dont le noyau ne prend que faiblement le bleu phéni-

qué de Kühne. Chez les bactériuriques on remarque de nombreux coli-bacilles et des bactéries variées.

La leucoplasie n'est la résultante d'aucune autre affection vésicale; elle constitue une entité morbide bien caractérisée; elle est une des manifestations de la syphilis tertiaire de la vessie. Tous les traitements topiques ou généraux échouent; seul le traitement antisyphilitique guérit tous les malades. Il n'y a pas de guérison spontanée; une plaque leucoplasique non traitée peut se transformer en épithélioma.

WOLFROMM.

Tome XVII, nº 1, Janvier 1924.

J.-B. Giscard. ***La culture du gonocoque; son application à la vaccinothérapie et au diagnostic de la guérison de la blennorragie chez l'homme.*** — Ce très intéressant article échappe à l'analyse, car il faudrait le reproduire *in extenso* tant il abonde en détails précieux de technique. Nous en recommandons la lecture attentive aux urologues et aux bactériologistes.

Au cours et au décours de blenuorragie, il y a lieu au point de vue des cultures de distinguer le gonocoque floride, c'est-à-dire décelable à l'examen microscopique direct des sécrétions, et le gonocoque latent qui échappe à ces examens.

Le *gonocoque floride* se cultive très aisément sur la gélose sanglante de Pfeiffer modifiée suivant les indications très précises de l'auteur; le repiquage assez difficile est facilité par le procédé minutieux de Salimbeni. Grâce aux précautions qu'il indique, l'auteur n'a pas enregistré un seul échec de culture du gonocoque floride durant toute une année.

C'est dans le sperme que doit être recherché le *gonocoque latent*; il est bon de faire d'abord subir au malade quelques séances de dilatation et de lui faire ingérer une assez grande quantité de bière; un massage de prostate précède la récolte du sperme qui doit se faire avec beaucoup de soins d'asepsie. G. conseille l'ensemencement sur trois milieux : un de gélose sanglante de Pfeiffer modifiée, un de gélose-ascite et un dernier, liquide, de bouillon vitaminé. Souvent les deux milieux solides ne donnent aucune culture; seul le milieu liquide donne un résultat positif; lorsque, au bout de trois jours, les colonies nées en ce milieu liquide seront bien développées, on les repiquera sur milieux solides, en suivant là encore une technique assez particulière, et on isolera alors les diplocoques Gram négatifs pour les identifier. L'auteur conclut en disant :

« Ainsi la culture du gonocoque tant aigu que chronique ou latent ne constitue plus une prouesse de bactériologiste consommé, mais une manœuvre facile et sûre qui entre définitivement dans le domaine de la pratique... Le gonocoque, quel que soit son stade clinique évolutif, est actuellement un germe facilement et sûrement cultivable. »

WOLFROMM.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG

(*Paris*)

Tome XVII, nº 1, Janvier 1924.

Prof L. Bard (de Lyon). ***Du diagnostic par la palpation large des diverses modalités de l'hypertrophie du cœur.*** — La base essentielle de la méthode de palpation large est la distinction fondamentale des deux éléments qui entrent en jeu dans le phénomène complexe du choc du cœur, c'est-à-dire, d'une part les ébranlements de la paroi thoracique dus aux vibrations de fermeture des valvules, et, d'autre part, les soulèvements de la région précordiale, dus au contact appuyé des parois cardiaques elles-mêmes.

D'une manière générale, la part de l'élément musculaire dans le choc du cœur donne lieu à une sensation de pression, de contact plus ou moins appuyé, tantôt légèrement percutant, tantôt simplement expansif; il est constitué par un soulèvement à limites tantôt nettes, tantôt décroissantes, mais toujours exactement localisables. L'élément valvulaire au contraire donne lieu à une sensation d'ébranlement vibratoire, à propagation plus ou moins large, irradié autour d'un foyer de production à la fois profond et plutôt régional que nettement localisé. Aussi B. oppose-t-il les deux ordres de phénomènes en cause en les désignant par les termes de soulèvements et de vibrations.

Il décrit séparément quatre variétés de soulèvements pathologiques.

Le *soulèvement localisé de la pointe* est particulier à l'insuffisance des valvules aortiques.

Il est en rapport avec la dilatation préalable et le durcissement de la pointe du cœur, donnant un soulèvement arrondi, le *choc en dôme*, perçu par l'application de toute la surface palmaire de la main sur la paroi thoracique dans la région de la pointe.

Le *soulèvement localisé de la région moyenne*, choc globuleux mésocardiaque, se rencontre avec des caractères un peu différents dans deux conditions bien distinctes et même opposées : le choc brusque des cœurs nerveux hyperkinétiques, et le choc calme et lent des cœurs rénaux. Dans le premier cas, le soulèvement rapide et court coïncide avec une vibration valvulaire systolique forte et diffuse et s'accompagne en général d'un souffle systolique inorganique au même foyer; dans le second, le soulèvement, progressif, étalé et prolongé, coïncide avec l'absence de toute vibration systolique et, à l'auscultation, avec l'éclat du second bruit et l'assourdissement et la prolongation du premier. Dans les deux cas il relève de l'accentuation de la dilatation diastolique du ventricule droit qui présente à ce niveau le meilleur contact avec la paroi thoracique. Le choc globuleux mésocardiaque est un bon signe de l'hypertrophie du cœur d'origine rénale.

Le *soulèvement localisé épigastrique* est considéré de longue date comme l'indice de l'hypertrophie du cœur droit d'origine pulmonaire.

Enfin, le *choc globuleux d'ensemble* occupe la plus grande étendue de la région précordiale : il produit un soulèvement général dans lequel c'est à peine si le choc de la pointe reste prédominant. Il est lié à l'hypertrophie ou à la dilatation d'ensemble du ventricule, et présente son maximum à la région moyenne du cœur et non à la pointe. Il doit être bien distingué du choc en dôme de l'insuffisance aortique. Le choc globuleux d'ensemble appartient aux hypertrophies qui portent leur action à peu près également sur les deux cœurs, comme le font les diverses formes de myocardites; il est plus apparent encore, plus diffus, quoique moins appuyé, lorsque la dilatation des cavités finit par prédominer aux phases asystoliques de toutes les lésions cardiaques. Quand le choc globuleux d'ensemble est nettement accusé, il témoigne toujours que l'ampliation diastolique du ventricule l'emporte sur l'énergie de la systole, d'où sa présence dans les asystolies.

L. RIVET.

ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(*Paris*)

Tome LXXIX nº 1, Juillet 1923.

Jeandidier. ***La tuberculose et l'armée.*** — Ainsi que l'a dit Kelsch, la tuberculose du soldat peut être envisagée comme une deuxième étape de la tuberculose du premier âge, le développement chez le soldat d'une préinfection; les nombreuses réformes prononcées dans la première année de service, pour tuberculose, ne font que rendre à la population civile ce que la caserne en a reçu.

Le nombre des pertes totales par tuberculose dans l'armée varie en sens inverse du nombre des ajournés au conseil de revision. Par contre, le développement de la tuberculose dans l'armée est sans rapport apparent avec le nombre des tuberculeux éliminés à l'entrée. En tant que facteur du développement de la tuberculose dans l'armée, l'insuffisance de la sélection prime les fatigues du service.

La courbe de la mortalité générale dans l'armée est parallèle à la courbe de la morbidité dans l'armée, mais elle est aussi très semblable à la courbe de mortalité dans la population civile. Les courbes de la mortalité par tuberculose, dans l'armée et dans la population civile, sont sensiblement parallèles, l'armée n'étant en cela que le miroir de la nation.

Pratiquement, le meilleur moyen de diminuer la tuberculose dans l'armée réside dans une bonne sélection. Mais la tuberculose de l'armée étant d'origine sociale, seules des mesures sociales pourront en avoir raison. Il faut bien entendu y joindre la surveillance des douteux, l'élimination des tuberculeux ouverts et l'institution d'une excellente hygiène du soldat. La question de la tuberculose des noirs soulève d'ailleurs des problèmes spéciaux.

L. RIVET.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR

(*Paris*)

Tome XXXVIII, nº 2, Février 1924.

Georges Blanc et J. Caminopetros. ***Quelques considérations sur l'herpès : étude expérimentale de l'herpès génital.*** — B. et C. relatent les expériences qu'ils ont faites en partant de cas d'herpès génital indiscutable. Ils en concluent que si l'herpès génital rentre bien dans la grande famille de l'herpès, il peut se présenter parfois avec des caractères en apparence très aberrants de ceux qu'ont établis les premières recherches sur le virus de l'herpès buccal.

On pourrait comparer les caractères expérimentaux de l'herpès génital à ceux décrits par Nicolau et Poincloux dans un cas d'herpès récidivant du doigt pour caractériser un type d'herpès extrabuccaux à virulence moindre pour le névraxe et souvent moindre pour la cornée. Les auteurs pensent qu'une telle conclusion ne peut se tirer d'observations encore très peu nombreuses. Ils insistent sur la grande variabilité des réactions expérimentales que présente le lapin à l'inoculation de l'ultra-virus de l herpès. Cette variabilité est telle qu'il semble légitime de conclure qu'on n'est pas en droit de séparer et d'opposer les différents types de virus isolés de l'encéphalite épidémique sur la seule évolution de l'encéphalite et de la kératite expérimentales du lapin.

L. RIVET.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Bâle*)

Tome LIV, nos 9 et 10, 28 Février et 6 Mars 1924.

E. Frey (de Berne). ***Les relations étiologiques des verrues et des condylomes acuminés.*** — Y a-t-il identité d'origine entre les verrues vulgaires, les verrues planes juvéniles, et les condylomes acuminés? F. s'appuie, pour étudier cette question, sur le riche matériel de la clinique de Nægeli. Il a dépouillé les observations des 25 dernières années : 500 cas de verrues vulgaires, 144 de verrues planes juvéniles, 188 de condylomes acuminés (crêtes de coq). Il conclut nettement à l'identité d'origine.

Tout d'abord, il relève des similitudes anatomiques : les verrues planes ne représentent qu'une forme atténuée du type acanthosique des verrues vulgaires; quant aux condylomes acuminés, malgré la participation du chorion et les phénomènes inflammatoires qui les caractérisent, ils peuvent subir la transformation cornée comme les verrues. Enfin, dans toutes ces catégories de lésions, on a pu mettre en évidence l'apparition très tardive de fibres élastiques, la présence de glycogène, et sans doute d'éléments nerveux. Les verrues séniles, le molluscum contagiosum appartiennent à un groupe anatomique différent.

L'étude clinique montre que les verrues vulgaires et les condylomes acuminés se distinguent principalement par leur topographie : les verrues vulgaires se rencontrent surtout sur la main, quelquefois aussi sur l'avant-bras, sur le cuir chevelu, sur le nez, sur les paupières, sur les lèvres, sur la région sous-unguéale, sur la plante des pieds, sur le pénis. Or, sur les paupières et sur les lèvres, les verrues prennent souvent un aspect filiforme qui les rapproche des condylomes acuminés. Les verrues planes siègent sur le visage ou sur les mains et sont plus fréquentes dans le sexe féminin. De même que les verrues vulgaires, elles sont surtout l'apanage des sujets jeunes. Dans 5 cas de F., elles existaient simultanément avec des verrues vulgaires. Les observations analogues sont d'ailleurs assez nombreuses dans la littérature. Quant aux condylomes acuminés, on ne les observe guère avant l'âge de 17 ou 18 ans. F. signale seulement 2 petites filles, d'ailleurs indemnes de vulvo-vaginite. Presque toujours, ce sont les muqueuses génitales qui sont intéressées. Mais, en conformité avec l'enseignement de Jadassohn, il ne semble pas que la blennorragie doive être incriminée. Dans 33 pour 100 des cas de F., il n'y avait aucune lésion génitale associée, et la lésion ne se retrouvait que chez 1 pour 100 des hommes, chez 4,1 pour 100 des femmes atteints de blennorragie chronique. F. pense plutôt que de petites excoriations génitales pendant

le coït constituent une condition prédisposante. Dans 5 cas, la lésion était apparue 4 à 5 mois après le premier rapport sexuel. L'incubation durerait vraisemblablement plusieurs mois. Beaucoup plus rares sont les localisations des condylomes acuminés sur la région anale, sur la muqueuse labiale ou buccale, sur la conjonctive, sur le tégument de l'abdomen et du dos. Dans les régions où il n'y a pas de macération, les condylomes acuminés deviennent fortement cornés. D'autre part, il est fréquent d'observer sur le même sujet des condylomes acuminés et des verrues vulgaires (Rasch, Joseph, Diday, Thibierge). Dans 50 pour 100 de cas de condylomes acuminés étudiés par F., il y avait coexistence de verrues vulgaires. Plus rarement (Thibierge, Gémy et Dubreuilh, Frey), on observe l'association des crêtes de coq et des verrues planes juvéniles.

Il semble donc que si les verrues vulgaires et les condylomes acuminés revêtent des aspects morphologiques différents, cela tient avant tout à leur topographie différente. Mais que doit-on penser des verrues planes, qui peuvent s'observer aussi sur les lèvres ou sur la muqueuse buccale sans prendre l'aspect filiforme? Sans doute faut-il faire intervenir une prédisposition particulière à ce type de réaction, prédisposition d'origine peut-être endocrinienne, et plus fréquente chez les jeunes filles.

L'évolution des verrues vulgaires, des verrues planes et des condylomes acuminés présente également des similitudes : disparition spontanée, influence souvent, — mais non toujours, — heureuse du mercure et de l'arsenic (F. cite cependant des exemples de véritables éruptions de verrues après un traitement arsenical), rétrocession après les maladies infectieuses fébriles, guérison fréquente après radiothérapie, électrolyse ou ablation chirurgicale des éléments les plus volumineux.

Enfin, la contagiosité de toutes ces lésions parait fermement établie, et F. cite de nombreuses observations à l'appui. Il admet que le processus verruqueux ne soit pas toujours de même origine : les végétations du pemphigus végétant, de l'acanthosis nigricans, des dermatoses du goudron doivent être mises à part. Par contre, les verrues apparues après tatouage (Walker, Oppenheim), les cas familiaux, les végétations développées après les rapports sexuels s'expliquent par l'inoculation d'un virus, dont le temps d'incubation se prolongerait durant plusieurs mois. Les auto-inoculations spontanées de ce virus paraissent souvent évidentes, quand par exemple les verrues se disposent d'une manière linéaire le long d'une strie de grattage. Les inoculations expérimentales ont aussi été fréquemment répétées, depuis que Chandler, en 1845, vit apparaître une verrue sur l'avant-bras de son assistant, qu'il avait blessé accidentellement en opérant avec lui une végétation génitale. Des faits analogues ont été vus par Waelsch, par Ziegler, et F. en rapporte un qui lui est personnel : des scarifications superficielles furent faites sur l'avant-bras d'un sujet qui venait d'être opéré de végétations génitales, et le produit du broyage des végétations fut mis au contact des scarifications, qui furent laissées 15 jours sous verre de montre. 11 mois après, apparurent en ce point 8 verrues vulgaires très nettes. Ces scarifications occupaient une surface de 1 cmq. Des scarifications témoins avaient été faites en même temps : leur emplacement resta absolument indemne. J. Mouzon.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Munich*)

Tome LXXI, n° 8, 22 Février 1924.

W. Parrisius. *Les anomalies du système vasculaire périphérique comme cause de maladie, en particulier dans le syndrome de Ménière et le glaucome.* — Chez les sujets atteints d'un déséquilibre du système vago-sympathique se manifestant par des troubles variés, urticaire factice, dermographisme, maladie de Quincke, acrocyanose, doigts morts, palpitations, dysménorrhée spasmodique, etc., qui rentrent dans le cadre clinique assez vague des névroses fonctionnelles, la capillaroscopie montre d'ordinaire des anomalies des capillaires : modifications dans le cours du sang qui se précipite avec violence dans une anse tandis qu'il stagne dans les anses voisines ou coule paresseusement prenant un aspect granuleux, perméabilité exagérée des capillaires, parfois renflements anévrismatiques ou dilatations variqueuses. Ces anomalies expliquent les troubles morbides qui, d'abord purement fonctionnels, peuvent, par suite de l'irrigation défectueuse des tissus, s'accompagner à la longue de lésions définitives, comme par exemple la gangrène dans la maladie de Raynaud.

Dans 3 cas de syndrome de Ménière, P. a constaté ces malformations des capillaires et ces modifications de leur débit à des degrés très marqués, non seulement au niveau du repli sus-unguéal, mais sur tout le corps, et il leur fait jouer un rôle dans la production de l'accès qu'il compare aux crises de syncope et d'asphyxie locales. A la longue, ces modifications des capillaires, en se répétant, pourraient aboutir à des lésions d'artério-sclérose.

Il en va de même pour le glaucome. Parmi les sujets examinés, 2 groupes pouvaient être distingués : l'un comprenant les sujets relativement jeunes, des femmes de préférence, qui présentaient les modifications des capillaires ci-dessus décrites, à un degré souvent très accusé, allant de pair avec des signes cliniques de névrose vaso-motrice ; l'autre, englobant des sujets déjà âgés, atteints d'artério-sclérose plus ou moins marquée ou d'hypertonie essentielle, chez lesquels les manifestations de névrose vaso-motrice restaient à l'arrière-plan, ce qui n'a rien d'étonnant, les troubles de l'équilibre vaso-sympathique tendant à se calmer avec les progrès de l'âge. P. suggère un rapprochement entre l'accès de glaucome et la maladie de Quincke, sans toutefois vouloir assigner un même mécanisme à tous les cas.

P.-L. Marie.

K. Käding. *Rapports entre la tuberculose pulmonaire et le système nerveux végétatif.* — Dans la question des rapports qui existent entre la tuberculose pulmonaire et le système nerveux végétatif, il faut envisager deux ordres de faits : d'une part, les phénomènes locaux sous la dépendance de l'irritation ou de la paralysie d'un rameau du vague ou du sympathique ; d'autre part, les manifestations générales résultant de la perturbation du vague ou du sympathique au cours de la tuberculose pulmonaire.

A la première catégorie appartiennent la légère inégalité pupillaire, si fréquente dès le début, qui témoigne de l'irritation du sympathique soit au cou par des ganglions, soit plus souvent au niveau du sommet par le processus inflammatoire ou par des lésions pleurales et qui est rendue plus manifeste par l'épreuve de Sergent à l'atropine; les sueurs, et parfois l'atrophie, localisées à une partie de la face ; les anomalies dans la répartition du pigment de l'iris chez les sujets atteints très jeunes de tuberculose ; le signe de Pinell, qui consiste en ce que la pression sur le pneumogastrique détermine une douleur vive irradiant vers le poumon et l'estomac, tandis que la pression du sympathique éveille une douleur qui remonte vers le cerveau. Parmi les signes relevant de la compression pneumogastrique, les plus connus sont l'accélération du pouls, la dyspnée, la toux d'irritation, la paralysie du récurrent. Signalons enfin la fréquence des déglutitions, due à la paralysie du muscle ary-épiglottique innervé par le laryngé supérieur.

Pour élucider les rapports d'ordre général entre le système végétatif et la tuberculose pulmonaire, K. passe en revue les travaux concernant cette question qui ne manquent pas d'offrir des contradictions flagrantes comme le chapitre même de la vagotonie et de la sympathicotonie. En dernière analyse, on est en droit de conclure que dans les tuberculoses à tendance fibreuse, l'excitabilité du sympathique est plus ou moins conservée, tandis qu'elle est fortement diminuée dans les formes exsudatives, surtout à un stade avancé. Toute autre conclusion d'une portée générale est à l'heure actuelle prématurée ; en particulier, il serait très délicat de trancher la question de savoir si la tuberculose a plus de chances de se développer chez un sujet à sympathique très actif que chez un sujet à sympathique réagissant faiblement, car on ne peut savoir exactement s'il y a eu déjà une atteinte antérieure et la date à laquelle elle remonte. Si l'on admet que chez les individus à sympathique débile le pronostic est plus sombre, il faudra s'efforcer de relever le tonus sympathique. A cet égard, l'adrénaline ne peut donner que des résultats trop fugaces; il faut bien plutôt s'adresser au système d'électrolytes dont l influence sur l'appareil nerveux végétatif est connue, au calcium en particulier qui élève le tonus sympathique.

P.-L. Marie.

B. Behrens. *La vitesse de sédimentation des globules rouges dans un liquide de suspension peut-elle fournir des renseignements sur la valeur globulaire?* — En se servant de la solution de Hayem, qui évite l'auto-agglutination des hématies, comme liquide de suspension et en maintenant la suspension de globules rouges, faite au taux de 1 pour 100, à une température constante, la vitesse de sédimentation se montre étroitement en rapport avec la teneur absolue en hémoglobine des hématies. La chute ralentie chez les chlorotiques (environ 4 mm par heure) est très accélérée dans les cas d'anémie pernicieuse (jusqu'à 10 mm par heure).

Pour simplifier la technique, B. conseille en pratique d'opérer ainsi : on laisse tomber une goutte de sang normal dans 5 cmc de liquide de Hayem et on mélange. On place une quantité convenable de cette suspension dans un tube de verre analogue à celui de l'hémoglobinimètre de Sahli et on ferme le bout supérieur à la lampe. Ce tube, au bout de 24 heures, servira d'étalon. Dans un second tube identique on prépare de même une suspension du sang à examiner qu'on laisse préalablement 24 heures au contact du liquide de Hayem. On bouche et on remet les globules rouges en suspension dans les 2 tubes sans produire de bulles d'air. On place les 2 tubes côte à côte verticalement sur un support convenable à la température du laboratoire et au bout d'une heure on lit la hauteur des globules rouges. On obtient ainsi la valeur globulaire de façon approximative.

P.-L. Marie.

W. Hoffgaard. *Valeur de la vitesse de sédimentation des globules rouges dans le diagnostic du cancer.* — Löhr a presque toujours trouvé une accélération de la sédimentation des hématies chez les cancéreux ; par contre, dans l'ulcus gastrique la vitesse de sédimentation est normale, sauf au cas de processus inflammatoire surajouté. Kovacs, puis Ley, étudiant plus spécialement le diagnostic différentiel entre l'ulcus et le cancer gastrique, sont arrivés à des conclusions analogues.

H. a repris l'étude de la question sur une large échelle. Il a examiné 87 sujets, dont 53 cancéreux avérés indemnes de tuberculose ; on sait en effet que cette dernière accroît la vitesse de sédimentation. Sauf dans un seul cas, sans qu'on puisse d'ailleurs préciser la raison de cette extension, la vitesse de sédimentation fut trouvée augmentée chez tous ces cancéreux. L'âge et le sexe n'influencent pas la réaction; par contre, l'accélération se montre d'ordinaire en raison directe du degré de cachexie. La gravité de l'anémie secondaire agit dans un sens identique.

L'injection d'une dose minimum de tuberculine exagérant encore la vitesse de la chute des hématies chez les tuberculeux, H. a introduit dans le derme de l'extrait cancéreux de Boyksen, déjà en usage pour la cuti-réaction du cancer, sans observer de modifications notables.

Parmi 34 ulcéreux, la vitesse de sédimentation ne se montra normale que chez 8 sujets; elle était accrue légèrement chez 10, moyennement chez 13, fortement chez 3, tandis qu'on relève chez les cancéreux 4 cas d'accélération faible, 19 cas d'accélération moyenne, 19 cas d'accélération forte. On ne saurait donc, malgré les différences constatées, se fier beaucoup à cette réaction pour le diagnostic différentiel; mais ce qu'on peut dire, c'est qu'une sédimentation normale plaide avec force en faveur d'un ulcère et que les très grosses accélérations ne s'observent guère que dans le cancer. P.-L. Marie.

N° 9, 29 Février 1924.

W Stoeckel. *Considérations sur la pyélite gravidique.* — Comment les colibacilles parviennent-ils de l'intestin dans le tractus urinaire, s'agit-il d'une infection ascendante, hématogène ou lymphogène? La question reste actuellement sans solution.

La conception ancienne et simpliste de l'infection ascendante se heurte à de nombreuses objections : la cystite ne coexiste que rarement avec la pyélite et les obstacles à l'ascension des germes sont si nombreux depuis le méat urinaire jusqu'au bassinet que la réalisation d'une pyélite semble bien difficile. Néanmoins, d'après Engelhorn et Gustafson, le colibacille se rencontrerait dans la vessie chez 80 p. 100 des femmes enceintes ; mais, pour pouvoir accorder une valeur décisive à ce chiffre, il faudrait recourir à la ponction vésicale.

Les récentes recherches expérimentales et radiologiques de Bœmingbaus sur le fonctionnement normal de l'uretère permettent d'approfondir le pro-

blème de l'infection ascendante urétérale. L'uretère n'est jamais ni complètement vide, ni complètement rempli ; jamais on n'observe d'antipéristaltisme, ni de reflux de la vessie dans l'uretère. Injecte-t-on dans l'orifice urétéral du liquide sous faible pression, celui-ci traverse comme un trait le conduit jusqu'au bassinet sans l'intervention d'antipéristaltisme et est rejeté aussitôt dans la vessie par le péristaltisme normal. Pendant la miction, le péristaltisme de l'uretère cesse, son contenu stagne, son orifice vésical se rétrécit grâce à la contraction du muscle vésical. Lorsque la vessie se distend, le reflux dans l'uretère est empêché par la compression de ce dernier résultant de son trajet oblique dans la paroi vésicale ; en même temps la sécrétion rénale diminue. L'uretère est donc bien défendu.

Mais si le trajet tangentiel terminal de l'uretère devient radiaire, si le tonus urétéral diminue, si l'appoint de la compression réalisée par le muscle vésical vient à faire défaut, un reflux devient possible. On observe radiologiquement et cystoscopiquement cette insuffisance de l'orifice urétéral dans la tuberculose du trigone, dans la gangrène vésicale et même dans certaines cystites banales. D'autre part, l'atonie urétérale se rencontre au cours de l'anesthésie générale, après la dénudation étendue du conduit lors des interventions sur l'utérus, et l'on sait que la pyélite est une complication redoutable de la cure radicale du cancer du col ; on trouve toujours alors une dilatation de l'uretère consécutive à la stase due à l'atonie primitive. L'atonie urétérale s'observe aussi après section du splanchnique. Pendant la grossesse, la dilatation des uretères, si fréquente, n'a été attribuée jusqu'ici qu'aux obstacles mécaniques et la preuve radiologique a été donnée qu'un gros utérus comprimant la vessie pouvait amener un reflux intra-urétéral, mais il faut songer aussi à l'intervention de troubles du sympathique d'ordre gravido-toxique pouvant conditionner l'atonie. Il faut songer encore aux influences constitutionnelles : type anatomique infantile et hypoplasique par exemple, comme cause d'atonie. Ainsi se trouverait favorisée pendant la grossesse l'infection ascendante. De son côté, l'atonie intestinale semble jouer un rôle important, en favorisant la rétention des fèces et la perméabilité de l'intestin aux colibacilles et, par suite, leur passage dans le sang, encore hypothétique d'ailleurs. A cet égard, les lavages d'intestin ont parfois un effet curateur remarquable sur la pyélite.

Plusieurs points nécessitent encore de nouvelles études : en particulier prédisposition à la pyélite gravidique créée par les pyélites de l'enfance et influence de la pyélite gravidique sur l'apparition ultérieure des néphropathies. P.-L. Marie.

Teleky. ***Les symptômes du saturnisme; leur valeur pour le diagnostic précoce.*** — T. a mené une enquête officielle étendue et prolongée chez les individus les plus exposés (ouvriers des fonderies de zinc, des fabriques de céruse et d'accumulateurs) dans le but de préciser les signes précoces de l'intoxication saturnine. Ses observations ont porté sur les hématies ponctuées, la coloration du visage, le liséré gingival, la force des extenseurs, l'état général. Il est fâcheux que l'étude de la pression artérielle ait été négligée.

Il ressort de ces recherches que le premier signe traduisant l'influence du plomb est assez variable ; tantôt c'est l'apparition des hématies ponctuées, en particulier chez les femmes, tantôt le liséré, tantôt les modifications de la coloration du visage allant de la pâleur à la teinte grisâtre, tantôt la diminution de la force des muscles extenseurs. Celle-ci ne se montre que rarement comme premier symptôme après un travail de courte durée dans l'industrie saturnine; par contre, elle existe fréquemment comme unique manifestation, associée souvent aussi aux modifications du teint, chez les ouvriers travaillant depuis longtemps dans le plomb. Une fois installée, la faiblesse des extenseurs se montre très persistante.

Malgré l'existence bien nette de ce syndrome, certains ouvriers peuvent demeurer apparemment bien portants pendant des mois ; inversement, sans avoir présenté des manifestations cliniques franches ou des signes pathologiques du côté du sang, d'autres peuvent faire des accidents aigus d'intoxication. Chez les malades mêmes atteints de ces accidents, certains des symptômes révélateurs du saturnisme peuvent faire défaut; le plus constant paraît être l'altération de la coloration du visage, et en particulier le teint grisâtre.

Les hématies ponctuées se montrent précocement surtout dans le cas où le sujet absorbe d'assez grandes quantités de plomb dans un court délai ou lorsqu'une grande quantité du poison a déjà pénétré dans l'organisme. Apparaissant rapidement, elles disparaissent de même lorsque le sujet est soustrait à l'agent toxique. Bien que variant dans une large mesure de nombre chez des sujets différents, on peut dire que leur taux reflète l'intensité de l'absorption du plomb. La pâleur est dans bien des cas le symptôme initial. Le teint grisâtre témoigne aussi bien de l'action de grosses quantités de plomb que de l'influence persistante de petites doses. Le liséré est le symptôme le plus rare et il dépend grandement de conditions extrinsèques : hygiène buccale, état des dents. Sa disparition, plus lente que celle des hématies ponctuées, demande, en général, quelques mois.

Pratiquement, on doit interdire le travail à tous les ouvriers qui présentent au complet le syndrome saturnin ou simplement les modifications de la coloration du visage associées à un nombre pathologique d'hématies ponctuées (une par champ ou plus), en particulier lorsque l'une ou l'autre de ces manifestations est accusée. La constatation isolée d'hématies ponctuées en nombre pathologique ne nécessite l'interruption du travail que si elle se montre persistante. Les femmes qui présentent avec prédilection cette lésion sanguine doivent être autant que possible tenues éloignées des industries saturnines. Dans l'interdiction du travail du plomb, il faut tenir compte, en outre, de la rapidité avec laquelle les symptômes se sont développés ; leur apparition rapide doit faire redouter des accidents prochains et justifie l'interdiction immédiate du travail. P.-L. Marie.

A. Wittgenstein. *Le syndrome du prétabes.* — W. a suivi pendant plusieurs années plus de 200 cas de tabes qui ont été, en outre, soumis à des examens en série du liquide céphalo-rachidien et du sang. Dans la moitié des cas le Wassermann du sérum s'est montré négatif; contrastant avec ces résultats, le Wassermann du liquide céphalo-rachidien fut trouvé positif chez 36 pour 100 de ces malades à séroréaction négative. Une réaction négative dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques n'est pas très exceptionnelle, W. en a observé 51 sur 210 liquides examinés. Dans le tabes pur, les constatations sont d'un type très uniforme : réaction de Wassermann faiblement positive, exigeant pour se produire des quantités assez fortes de liquide ; nombre de cellules modérément élevé, d'ordinaire entre 30 et 60 par mmc., jamais au-dessus de 100 ; réaction de la globuline peu marquée ; type spécial de précipitation de l'or colloïdal. Du point de vue de l'évolution clinique, les cas présentant des liquides à caractères normaux se séparent nettement de ceux où le liquide est pathologique. Les cas de tabes avec Wassermann positif du liquide ont une tendance évolutive relativement bien plus accentuée que les cas à liquide normal, tendance qui se traduit par le caractère à la fois profond et extensif des lésions, c'est-à-dire par l'apparition de nouveaux symptômes subjectifs et objectifs, indiquant la participation de nouvelles racines. Les cas à réaction cellulaire marquée revendiquent un nombre plus élevé de tabes progressifs que les liquides à réaction cellulaire modérée ; à ce propos, il faut remarquer que le nombre des cellules est plus grand dans la première portion de liquide recueillie que dans le reste. Parmi les tabétiques donnant un Wassermann négatif avec le liquide, la plupart sont demeurés cliniquement stationnaires ; les cas à tendance progressive ont vu croître seulement l'intensité des manifestations existantes, mais presque jamais le processus ne s'est étendu en dehors de son foyer primitif.

W. propose de séparer du tabes vrai le syndrome du prétabes qui comprendrait les cas où il n'existe encore aucun signe de dégénérescence des cordons postérieurs, mais seulement des symptômes sensitifs d'excitation (paresthésies, douleurs lancinantes, crises gastriques, troubles de la miction avec ou sans modifications pupillaires) coexistant avec des modifications du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose, Wassermann faiblement positif, réaction de l'or colloïdal entre 1/40 et 1/80). Ce syndrome ne devrait pas être considéré comme un stade précoce du tabes, mais comme un prostade et cette distinction aurait une importance pronostique et thérapeutique, le processus étant alors accessible au traitement.

P.-L. Marie.

EKATERINOSLAVSKY MEDITZINSKY JOURNAL

Tome III, nos 1-2, 1924.

S. E. Khasilev (d'Ekaterinoslav). ***Contribution à l'étude des complications de la fièvre typhoïde.*** — Le présent travail est basé sur 258 cas de fièvre typhoïde observés pendant une période de 16 mois.

Suivant leur âge, les malades se répartissaient ainsi qu'il suit : 9 avaient moins de 18 ans ; 211 étaient âgés de 18 à 25 ans, et 38 de 26 à 35 ans. On comptait 234 hommes et 24 femmes.

Au point de vue de la gravité de la maladie, on peut distinguer 3 catégories : 1° 106 cas à caractère léger; 2° 93 moyennement graves, et 3° 59 graves (avec 15 décès, ce qui représente une mortalité de 6 pour 100).

La durée moyenne de la maladie a été de 27 jours, la durée minima de 12 jours et maxima de 50 jours.

C'est du côté de l'appareil respiratoire que l'on a observé le plus grand nombre de complications. On a notamment enregistré 19 pneumonies avec 2 décès (dont 1 par entérorragie profuse), et 1 pleurésie hémorragique.

Les complications laryngées ont présenté une gravité variable. Le plus souvent, il s'agissait d'une laryngite catarrhale. Dans 1 cas, on a eu affaire à une périchondrite grave du cartilage aryténoïde gauche avec infiltration de la paroi postérieure du larynx ; des phénomènes d'œdème de la glotte avec cyanose accentuée nécessitèrent une trachéotomie, au cours de laquelle s'est ouvert un abcès intralaryngé. Le malade guérit.

On a également observé 2 cas d'infarctus pulmonaire et 1 cas d'aggravation rapide d'une tuberculose préexistante du sommet gauche.

Du côté de l'appareil cardio-vasculaire, on a noté 2 cas de myocardite aiguë, avec issue fatale.

Chez un malade admis à l'hôpital dans un état comateux, au cours du 4e septenaire, on a observé la gangrène du pénis. Après amputation suivant la ligne de démarcation, l'état du patient parut s'améliorer quelque peu, mais bientôt se déclarèrent des sueurs profuses, avec grandes oscillations de la température et coma ; le malade succomba au 7e jour après l'intervention, au milieu de phénomènes méningés (inégalité pupillaire, rigidité de la nuque). Il s'agit là d'une complication rare.

Des abcès sous-cutanés ont été notés dans 2 cas, à la période de convalescence.

Chez un malade atteint de typho-malaria, on a observé des périchondrites multiples : au 12e jour, les cartilages du larynx devinrent tuméfiés et douloureux ; 3 jours après, ceux du nez furent pris, puis ceux des oreilles. Ces phénomènes se dissipèrent en l'espace de 5 à 7 jours.

On a compté 5 parotidites, dont 3 bilatérales avec issue mortelle (malgré l'intervention précoce chez 2 malades). Les 2 autres ont guéri après incision.

Des hémorragies intestinales ont été notées 8 fois (avec 5 décès), et des perforations 3 fois, avec 3 morts. L. Cheinisse.

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL MEDICAL FRANÇAIS

(Paris)

Tome XIII, n° 1, Janvier 1924.

S. I. de Jong et J. Hutinel. *La dilatation des bronches chez les adultes.* — I. de J. et H. exposent les points nouveaux récemment acquis sur ce sujet.

La description classique des formes de l'adulte ne s'applique en réalité qu'à l'étape ultime de l'évolution de la dilatation des bronches. Pendant une longue période, la dilatation des bronches de l'adulte se présente, comme celle de l'enfant, comme une maladie chronique entrecoupée de poussées aiguës, mais, tandis que chez l'enfant il persiste peu de signes dans les phases intermédiaires, chez l'adulte, surtout lorsqu'il avance en âge, il persiste toujours un foyer localisé et persistant de sclérose pulmonaire ou pleurale avec bronchite chronique ; enfin, à la suite d'une poussée de broncho-alvéolite aiguë particulièrement sévère, le syndrome de dilatation bronchique devient permanent.

Les épisodes aigus peuvent revêtir des allures de gravité variable : accidents à allure pneumonique, hémoptysies, poussées de bronchite fétide ou épisodes gangreneux, etc. Ces accidents ne sont pas la cause de la dilatation des bronches mais la révèlent souvent.

L'examen radiologique, avec ou sans injection de lipiodol, donne des renseignements précieux.

Après une série de poussées et d'incidents variés, le malade vieillit, il devient de plus en plus un bronchitique chronique et arrive finalement à la phase ultime permanente classique, avec l'expectoration caractéristique permanente.

Le diagnostic repose sur l'histoire clinique, l'auscultation, la radiologie, les caractères de l'expectoration, où il ne faut jamais omettre de rechercher le bacille de Koch.

Dans beaucoup de cas, il est utile de comparer la quantité des crachats avec la courbe de la température. Lorsque la température monte alors que les crachats diminuent, il faut songer à une poche suppurante, abcès ou pleurésie interlobaire, au niveau de laquelle se produit la rétention purulente. Lorsque, au contraire, la quantité de crachats augmente en même temps que la fièvre, il y a des chances pour qu'il s'agisse d'une poussée au cours d'une dilatation des bronches.

I. de J. et H. rappellent ensuite les caractères anatomiques essentiels de la maladie et insistent notamment sur le processus néoplasique : on sait que Bard a pu pour cette maladie parler d'une maladie kystique broncho-pulmonaire comparable aux maladies kystiques d'autres organes. Ces lésions doivent être rapprochées des dilatations congénitales de certains hérédo-syphilitiques, et l'on peut se demander si les dilatations bronchiques considérables de l'adulte ne sont pas congénitales avec une marche lente, progressive et envahissante. Un des points intéressants de l'histoire actuelle de la dilatation des bronches, c'est que ce chapitre nosographique envahit le chapitre de la syphilis pulmonaire.

Peut-être le traitement antisyphilitique, pratiqué chez des sujets jeunes, donnerait-il de bons résultats. Quant aux autres traitements proposés, vaccinothérapie, injections intratrachéales d'huile goménolée, pneumothorax artificiel, ils ne donnent guère de résultats appréciables que chez des sujets jeunes. Dans les dilatations invétérées de l'adulte et du vieillard, la pneumotomie n'a donné habituellement que des résultats médiocres ou franchement mauvais, bien qu'on ait rapporté récemment des cas d'intervention chirurgicale avec résultats encourageants.

L. Rivet.

P. Ameuille et I.-E Wolf. *La bronche de drainage des cavernes tuberculeuses.* — La bronche qui draine une caverne prend des caractères pathologiques spéciaux qui lui créent une physionomie anatomo-clinique particulière et justifient l'individualisation qui en a été faite par Ameuille et Lévesque, sous le nom de bronche de drainage.

Alors que les bronches des tuberculeux présentent peu de lésions, la bronche de drainage subit des altérations histologiques qui conditionnent des aspects radiologiques spéciaux. A l'écran, en effet, elle se traduit par une mince bande claire limitée par deux traînées linéaires, opaques et parallèles, se dirigeant de la cavité vers le hile. Les parois de la bronche apparaissent beaucoup plus nettes et plus épaisses que celles des grosses bronches du hile, qui, elles, ont souvent l'aspect de minces traînées opaques. Cet aspect est surtout décelé par la radioscopie, en faisant varier les incidences. A l'écran, tandis que la caverne se resserre par la toux, la bronche de drainage paraît inerte et ses parois restent complètement immobiles.

Cet aspect est très important pour le diagnostic radiologique de certaines excavations pulmonaires. Sa constatation sur le cliché ou l'écran, comme appendice d'une image lacunaire, rend le diagnostic de caverne plus assuré ; de plus, en percevant l'image caractéristique d'une bronche de drainage, on peut remonter à une caverne qu'on n'aurait pas soupçonnée autrement.

On peut affirmer que l'image correspond bien à une bronche altérée, à parois épaissies, par laquelle s'écoule, vers le hile du poumon, le suintement d'une caverne tuberculeuse ; pour cela, on peut s'appuyer sur des preuves anatomiques, par vérification sur le cadavre de la correspondance entre la lésion présumée et l'image radiologique constatée, et d'autre part sur des preuves radiologiques et expérimentales obtenues à l'aide des injections intratrachéales de lipiodol.

Ce qui renforce l'intérêt de la connaissance de cette bronche de drainage, c'est le rôle qu'elle semble jouer dans la production des râles bulleux qui éclatent au voisinage de certaines cavernes, et aussi dans ce transfert des produits tuberculeux grâce auxquels se fait l'invasion de nouveaux territoires pulmonaires.

L. Rivet.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

(Paris)

Tome IX, n° 1, Janvier 1924.

Schickelé. *Le corps jaune peut-il être la source d'une hémorragie intrapéritonéale abondante?* — Le tableau anatomo-clinique de la gestation extra-utérine venait à peine de s'imposer à l'assentiment général (il y a de cela un peu plus d'un quart de siècle) que l'on décrivait des observations d'hémorragie intrapéritonéale ne relevant pas de la rupture d'une extra-utérine. Le nombre de telles observations a été en s'accroissant. Forssner a soumis ces faits à une critique serrée et a conclu en niant leur exactitude. Il exige pour en reconnaître la validité que des coupes sériées aient montré l'absence de parties fœtales et, même dans les cas où cette absence s'affirme, il considère comme probable que des éléments fœtaux ont dû passer inaperçus.

S. est d'accord en principe avec Forssner, mais ne va pas aussi loin que lui et estime que de temps à autre on peut donner des preuves valables de ce que l'hémorragie provient du corps jaune. Il apporte à l'appui de son dire trois belles observations.

Dans le 1er cas, une femme toujours bien réglée, ayant eu 4 accouchements, présente 4 jours après des règles absolument normales les signes d'une rupture tubaire qui évoluent en deux poussées et qui nécessitent une opération 7 jours après le début des accidents : sang liquide dans le ventre, ablation des annexes gauches. L'hémorragie provient d'un corps jaune, dont une partie se trouve en période d'état et l'autre en période de vascularisation. On sait que les différentes parties de la membrane lutéinique ne se trouvent pas toujours au même point de développement. Or, c'est dans la partie en vascularisation que s'est produite l'hémorragie qui s'est échappée dans la cavité abdominale par la dehiscence folliculaire non encore soudée. Il ne s'agit donc *pas de rupture d'un corps jaune*, suivie d'une hémorragie, mais d'une hémorragie lente et continue au niveau de la membrane lutéinique, dont les capillaires en formation n'étaient pas étanches.

Dans la 2e observation, les accidents se sont produits après un retard de 6 jours. Au point de vue anatomique, il y avait eu *une expulsion du corps jaune* ou, pour mieux dire, de la membrane lutéinique, presque *in toto* à travers la déhiscence folliculaire non encore soudée, suivie d'une hémorragie intrapéritonéale s'aggravant lentement.

La 3e histoire clinique est celle d'une femme de 45 ans atteinte de splénomégalie avec polyglobulie qui entre à l'hôpital pour des pertes de sang remontant à plusieurs mois et qui présente, dans le service, des signes d'hémorragie intra-abdominale. On l'opère et on trouve une hémorragie abondante et un corps jaune qui porte une petite déchirure par laquelle il y a un suintement continu de sang. Ce corps jaune était kystique. Par suite d'une augmentation progressive de la tension intracavitaire du kyste, il y a eu éclatement au niveau de la cicatrice folliculaire. Par ce fait, de nombreux vaisseaux ont été déchirés, une hémorragie s'en est suivie, qui a été particulièrement forte à cause de l'état de pléthore de la malade.

S. est d'avis que la rupture d'un follicule ne saurait déterminer une hémorragie notable, mais qu'un corps jaune peut le faire. Il croit qu'en cas de gestation ovarienne, il y a des lésions assez importantes pour ne pas passer inaperçues et donner le change.

Il pense que dans les cas observés par lui, il y a eu malformation du système capillaire du corps jaune dans son premier cas : que, dans le deuxième, l'arrachement de la membrane lutéinique a provoqué forcément une déchirure d'un grand nombre de vaisseaux à l'endroit d'insertion de la membrane lutéinique sur la thèque interne et que, dans le troisième, l'éclatement de la cicatrice folliculaire, produit par une augmentation de la tension intracavitaire, a entraîné la déchirure de nombreux vaisseaux de la membrane lutéinique à ce moment déjà dilatés outre mesure.

Il insiste, d'ailleurs, sur la rareté extrême de ces faits.

Henri Vignes.

ANNALES des MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX, DU NEZ ET DU PHARYNX

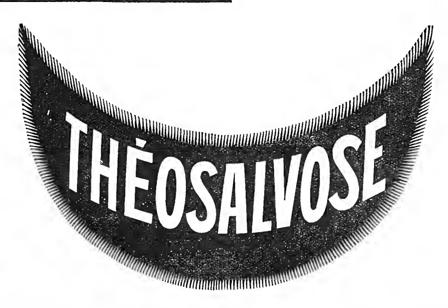
(Paris)

Tome XLIII, n° 1, Janvier 1924.

H.-P. Chatellier. *Considérations sur les thrombo-phlébites sinuso-jugulaires des oto-mastoïdites.* — Il semble que la fréquence de la phlébite diminue depuis qu'on traite plus attentivement les suppurations otiques. Elle reste une complication grave, devant laquelle cependant la thérapeutique est loin d'être désarmée. La *lésion oto-mastoïdienne* initiale est différente selon le segment du sinus considéré. Avec Luc, l'A. admet que les portions transverse et descendante sont surtout intéressées par des lésions chroniques (vieux foyers, cholestéatomes) et que le golfe souffre plus immédiatement des lésions aiguës de la caisse. Avec Sebileau, il reconnaît d'ailleurs que la trombo-phlébite primitive du golfe est très rare et que ce segment n'est intéressé qu'à la suite des précédents.

La *flore microbienne* est variée et a perdu ses caractères initiaux avec l'âge de la lésion. Il semble que le staphylocoque réponde aux cas chroniques, le streptocoque aux cas aigus. Les cas les plus graves seraient dus aux associations microbiennes anaérobies à types gangreneux. L'*infection sinuso-jugulaire* peut se faire de deux façons : par contiguïté par ostéite, ce qui est le cas pour le sinus lui-même, par continuité par voie sanguine, en ce qui concerne le golfe.

Une lésion primitive de l'endoveine, la précipitation de la fibrine réalisent le *thrombus*. De son évolution dépend celle de la maladie. Celui-ci peut s'organiser, devenant un moyen de défense contre la diffusion, ou à peine ébauché peut devenir une menace pour la paroi veineuse (abcès phlébitique, communiquant avec le torrent circulatoire).


THÉOSALVOSE


PLASMA OXY-ORGANO.
OMNIUM
NUTRITIONIS
MORBORUM
CYTOSAL
THERAPIA
OMNIPOTENS
POLYMINÉRALISÉ

Les *complications de voisinage* (méningites, abcès cérébelleux, infections nerveuses) sont à rechercher.

Au point de vue *clinique* l'A. adopte la division de Mignon et décrit deux formes : l'une ayant l'aspect de la phlegmatia à symptomatologie discrète, où dominent les signes locaux. L'autre à symptomatologie complète avec signes locaux et généraux reproduisant le tableau de l'infection purulente.

1° La thrombose *sans septicémie* peut se manifester par des signes locaux :

a) Sensibilité très vive à la pression au point d'émergence de l'émissaire mastoïdienne (Griesinger) pour la localisation au sinus lui-même. *b*) Gonflement, rouge, œdémateux et douloureux, dans la partie supérieure du sterno-mastoïdien, mais surtout syndrome du trou déchiré avec comme élément principal torticolis par névrite du spinal (Robert-Leroux), au cas de lésion du golfe. *c*) Torticolis, présence d'un cordon phlébitique, circulation collatérale, s'il s'agit de la jugulaire elle-même. *d*) Œdème facial à localisation oculaire (sinus caverneux) avec dilatation des veines du cuir chevelu (sinus longitudinal supérieur) au cas d'extension à ces sinus.

2° A côté de cette forme il existe un type *absolument latent* dont l'A. apporte une observation, où l'extension sinusale au cours d'une mastoïdite banale ne pouvait être soupçonnée.

3° Quant à la forme *classique septico-pyohémique* partout décrite (frissons, hyperthermie, examen du sang, etc.), elle ne donne pas lieu à considérations cliniques particulières.

La *thérapeutique* différente dans les deux formes doit avoir en vue : la destruction du foyer d'infection (curettage, ligature de la veine) dans la forme classique ; respect du vaisseau thrombosé avec suppression des lésions osseuses dans la forme locale sans septicémie ROBERT-LEROUX.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRURGIA Y ESPECIALIDADÈS (Madrid)

Tome XIV, n° 10, 8 Mars 1924.

Maranon. ***Deux cas de persistance de la sécrétion lactée.*** — L'auteur montre tout d'abord la fragilité, en endocrinologie, des théories unicistes. La lactation, successivement attribuée aux hormones ovariennes, luétiniques, hypophysaires, placentaires, serait, d'après lui, solidairement tributaire de ces différentes sécrétions internes, et peut-être d'autres encore. Les faits cliniques et expérimentaux ont, en effet, tour à tour confirmé et démenti les théories unicistes.

Les documents que nous possédons ne nous permettent pas encore de conclure; il faut donc encore observer et expérimenter sans idée préconçue. Marañon verse au débat deux observations fort curieuses :

La première avait déjà paru dans son curieux ouvrage de *L'âge critique* (1919), que nous avons analysé ici-même. Une femme de 39 ans, sans aucun trouble endocrinien antérieur, présenta à l'âge de 35 ans une 3e grossesse, normale en tout point ; elle allaita son fils pendant 14 mois, sans aucun incident. Les règles n'ont pas reparu; en revanche, la sécrétion lactée a persisté; c'est un lait assez abondant, normal dans ses propriétés physiques et chimiques. Il y a 18 mois seulement que la sécrétion a baissé, puis s'est progressivement tarie. La formule endocrinienne, suivant l'expression employée par l'auteur, est restée puerpérale; la sécrétion lactée a persisté sans stimulus fonctionnel. Mais M. ne s'illusionne pas sur la valeur de la formule; elle n'est, dit-il, qu'une transposition de notre ignorance. Mieux vaut l'avouer que d'édifier une théorie fausse.

Une seconde observation, plus intéressante encore, a trait à une fausse grossesse avec insuffisance hypophyso-génitale survenue chez une jeune femme de 27 ans. L'absence de grossesse utérine ou ectopique a été vérifiée non seulement par l'accoucheur, mais par le chirurgien qui pratiqua une laparotomie exploratrice. Le syndrome de Frölich à l'état fruste est assez fréquent en pareil cas. Il se retrouvait chez la malade de M. sans signes de tumeur (déformation de la selle turcique, hémianopsie). La sécrétion lactée s'y ajoutait avec tous ses caractères typiques; il est intéressant de noter ainsi sa présence en dehors de toute grossesse. M. NATHAN.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Tome L, n° 4, 25 Janvier 1924.

H. Lüdke. ***Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémoglobinurie paroxystique et les autolysines.*** — L'épreuve de Donath et Landsteiner ne donne des résultats positifs que chez certains hémoglobinuriques.

Pour expliquer les échecs, on a invoqué des variations dans la teneur du sérum en hémolysine, l'absence de ces dernières épuisées par un accès antérieur, le manque de complément dans le sérum, des modifications chimiques dans la composition du sang (variations de CO^2). Mais ces explications sont controuvées par les faits ou ne conviennent qu'à certains cas particuliers. A la suite d'Ehrlich et de Morgenroth, L. admet que c'est la présence d'anticompléments qui empêche l'hémolyse. Si l'on enlève ces anticompléments en se débarrassant du sérum après liaison de l'hémolysine avec les globules rouges à 0°, en lavant les hématies 2 ou 3 fois à froid à l'eau physiologique, lavage qu'on fait suivre de l'addition de complément convenable (sérum humain), l'hémolyse se produit. C'est ce qu'a vérifié L. dans 3 cas d'hémoglobinurie paroxystique où l'epreuve habituelle de Donath restait négative, même après addition de complément. Avec cette technique L. a constaté l'hémolyse même en dehors des accès.

La cause même des accès demeure obscure. La syphilis joue un rôle prédisposant certain ; elle existait chez 2 des malades de L. Mais pourquoi l'infection syphilitique est-elle si rarement suivie d'hémoglobinurie ? L. a pratiqué l'épreuve de Donath modifiée chez 18 syphilitiques : dans 7 cas de syphilis secondaire, elle fut négative, mais dans 4 cas sur 7 de syphilis tertiaire ou de parasyphilis, l'hémolyse se produisit. Cette autohémolysine reste latente chez la majorité des syphilitiques. Toutefois L. montre que, sous sa forme la plus légère, l'hémoglobinurie paroxystique peut se manifester après action du froid sous forme d'une simple albuminurie, équivalent de l'accès d'hémoglobinurie, comme le montrent les modifications de la formule leucocytaire.

Le poison syphilitique détermine une fragilité anormale des hématies, mise en évidence par l'épreuve de la résistance globulaire, fragilité qui est à la base de la maladie. La destruction plus facile et exagérée des globules rouges conduit à la production d'autolysines qui, sous l'influence d'excitations déterminées (froid, action de choc), déclenchent l'accès. La destruction globulaire massive entraîne à son tour la polycholie et l'hypercholémie qui se traduit parfois par un léger ictère.

Pour préciser le rôle du froid, il faudrait pouvoir reproduire expérimentalement l'hémoglobinurie paroxystique. Chez l'animal soumis à l'injection intraveineuse d'un sérum hémolytique d'espèce étrangère, on retrouve des phénomènes morbides analogues : fragilité globulaire, hémoglobinurie et hémoglobinémie, puis polycholie. Chez les chiens traités par l'injection intraveineuse de leur propre sang laqué, L. a pu obtenir une augmentation de la destruction des globules rouges dont témoigne la production d'autolysines. De même chez le chien après action de certains poisons du sang. En immergeant ces animaux dans l'eau glacée, on voit survenir de l'albuminurie et parfois de l'hématurie, mais sans frisson ni élévation de température. L'injection de produits syphilitiques, puis de sang laqué, a pu 2 fois provoquer un accès d'hémoglobinurie *a frigore* analogue à l'accès humain.

Les autolysines n'interviennent en pathologie humaine que dans l'hémoglobinurie paroxystique et certains cas d'ictère hémolytique. Il est très difficile d'en obtenir l'apparition chez l'animal en raison de l'existence de mécanismes antagonistes. L. a pu en obtenir parfois chez le chien par injection de sang laqué. Le critère le plus précoce de leur obtention est la diminution de la résistance globulaire, puis vient la diminution des hématies et de l'hémoglobine. Parfois on constate des autolysines dans l'intoxication phosphorée ou après irradiation par les rayons X. P.-L. MARIE.

Schneyer. ***Dans quelle mesure l'absence des pulsations des artères du pied est-elle pathognomonique d'une claudication intermittente?*** — Il semble que la claudication intermittente soit devenue plus fréquente en Allemagne au cours de ces dernières années, peut-être par suite du développement qu'ont subi ses facteurs étiologiques habituels : syphilis, tabagisme, surmenage, émotions. S. a pu en observer 60 cas depuis 11 ans à la station de cure de Gastein. A propos d'une malade qui lui avait été envoyée avec un diagnostic erroné de claudication intermittente, et chez laquelle faisaient défaut les battements des artères du pied, il a étudié la valeur de ce signe considéré depuis Erb comme pathognomonique de cette affection, étendant son exploration aux artères fémorale, poplitée et péronière antérieure.

Chez 500 malades d'hôpital examinés, indemnes de claudication intermittente, le pouls n'était pas perçu par le doigt dans 20 pour 100 des cas chez les hommes, dans 31 pour 100 chez les femmes. Cette absence de battements pouvait être constatée surtout au niveau de l'artère dorsale du pied et de la tibiale postérieure, souvent des 2 à la fois, assez souvent au niveau de l'artère péronière antérieure, exceptionnellement au niveau de la fémorale et de la poplitée. Ce défaut de pulsations perceptibles dépend soit d'anomalies anatomiques, soit du petit calibre des artères associé à l'existence d'une hypotension artérielle et d'un pannicule adipeux développé, soit à des influences vaso-motrices, froid, etc., qui jouent un rôle très net chez les femmes ; beaucoup des malades examinées chez lesquelles les pulsations faisaient défaut étaient atteintes d'affections gynécologiques et présentaient une instabilité vaso-motrice accentuée.

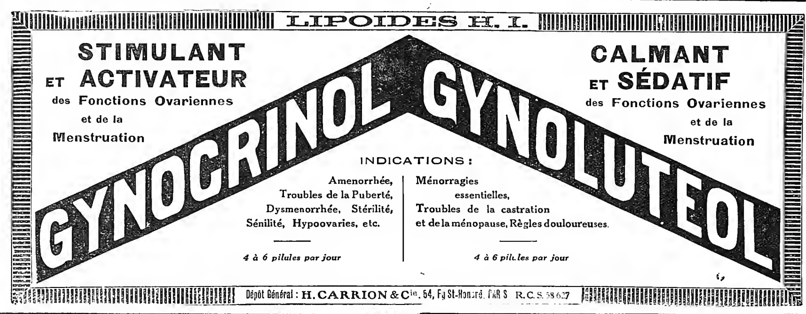
L'absence des battements des artères du pied est donc loin d'être pathognomonique de l'existence d'une claudication intermittente. La valeur de ce symptôme est amoindrie dans la saison froide, chez les femmes et chez les malades à système vaso-moteur instable. D'autre part, il ne faut pas oublier que dans la claudication intermittente, les pulsations des artères du pied peuvent persister. L'absence des battements peut étayer le diagnostic de cette affection lorsqu'on constate les douleurs caractéristiques, les troubles vaso-moteurs, subjectifs et objectifs concomitants, et qu'on a éliminé les maladies qui peuvent donner lieu à des troubles analogues. Les troubles vaso-moteurs subjectifs et objectifs ont une grande importance diagnostique dans la claudication intermittente et jouent, à côté de l'endartérite, un grand rôle dans sa pathogénie, ainsi que le confirment les succès thérapeutiques que donne la sympathectomie péri-artérielle de Leriche. P.-L. MARIE.

N° 5, 1er Février 1924.

R. Ehrmann et A. Jacoby. ***Hémorragies pulmonaires et cérébrales après le traitement par l'insuline.*** — E. et J. chez 2 diabétiques, âgées respectivement de 34 et 16 ans, présentant un coma grave dont elles ne purent être tirées que très passagèrement par l'insuline, ont constaté, dans le premier cas, une hémorragie sous-dure-mérienne étendue au niveau de l'hémisphère gauche et du cervelet, accompagnée d'une congestion pulmonaire accusée, de petites ecchymoses et d'hémorragies parenchymateuses; dans le second cas, des suffusions sanguines sous-pleurales et une hémorragie pulmonaire bilatérale ; la muqueuse stomacale et trachéale présentait aussi des ecchymoses ; il existait en outre une forte hyperémie cérébrale. Chez les 2 malades, on notait l'existence d'une néphrite parenchymateuse. Toutes ces hémorragies étaient récentes et semblaient dater de 24 heures au plus. Les doses d'insuline injectées n'avaient rien d'exagéré : 100 unités d'insuline américaine dans le premier cas, 150 unités d'insuline anglaise dans le second, en l'espace de 24 heures. Des quantités plus fortes ont été supportées sans dommage.

E. et J. attribuent ces accidents aux altérations de l'appareil cardio-vasculaire qu'ils ont trouvées dans le coma diabétique, même avant son apparition, et qui se traduisent par l'abaissement considérable de la pression artérielle ; elles paraissent relever de l'action toxique spéciale de l'acide β-oxybutyrique et de l'acide diacétique. Ces hémorragies sont à rapprocher des hématuries signalées dans 2 cas par Thomson après usage de l'insuline à grosses doses chez des sujets présentant des altérations vasculaires importantes. P.-L. MARIE.

A Freund et E. Henschke. ***Valeur clinique du signe de la sédimentation accélérée des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire.*** — De leurs recherches pratiquées selon la technique de Linzenmeier sur le sang citraté chez 400 tuberculeux


LIPOIDES H. I.
STIMULANT
ET ACTIVATEUR
des Fonctions Ovariennes
et de la
Menstruation
GYNOCRINOL
GYNOLUTEOL
CALMANT
ET SÉDATIF
des Fonctions Ovariennes
et de la
Menstruation
INDICATIONS :
Amenorrhée,
Troubles de la Puberté,
Dysmenorrhée, Stérilité,
Sénilité, Hypoovaries, etc.
4 à 6 pilules par jour
Ménorragies
essentielles,
Troubles de la castration
et de la ménopause, Règles douloureuses.
4 à 6 pilules par jour
Dépôt Général : H. CARRION & Cie. 54, Fg St-Honoré, PARIS R.C.S. 58.627

et 25 sujets sains, F. et H. concluent que, si l'on a éliminé les états (menstruation, gestation, par exemple) qui raccourcissent la durée de la sédimentation des globules rouges, une accélération de la sédimentation plaide fortement en faveur de l'existence d'une tuberculose pulmonaire en activité. Toutefois un temps normal de sédimentation n'exclut pas de façon certaine la présence d'une tuberculose active. Dans la tuberculose, le temps de sédimentation reflète fidèlement le degré d'activité actuelle et le caractère anatomique du processus morbide. Les plus fortes accélérations se rencontrent dans les formes exsudatives, les plus faibles dans les formes cirrhotiques tendant à la latence. Les cavernes occasionnent en général une accélération assez forte.

Du point de vue du diagnostic différentiel, le temps de sédimentation apporte un complément précieux aux méthodes cliniques habituelles; mais on ne peut aller, comme Katz, jusqu'à dire qu'un temps normal exclut la présence d'un foyer tuberculeux. Dans le processus pneumonique, l'évolution du temps de sédimentation avec des chiffres normaux a pu dans 3 cas indiquer la nature non tuberculeuse de l'affection. Dans les bronchites banales du sommet avec crachats nummulaires, la réaction rend également des services.

En ce qui concerne le pronostic de la tuberculose pulmonaire, la réaction de sédimentation n'a qu'une valeur limitée, car elle ne renseigne que sur l'état actuel du processus. Une accélération marquée de la sédimentation au cours d'une tuberculose avancée est évidemment d'un fâcheux augure ; mais dans tous les autres cas, en particulier dans les tuberculoses au début, on n'est en droit de tirer des conclusions pronostiques du temps de sédimentation que si l'on pratique une série d'épreuves à intervalles assez éloignés. L'accroissement du temps de sédimentation constaté au cours d'une période d'observation assez longue indique un pronostic favorable.

Chez les malades présentant des exsudats (pleurésie sérofibrineuse, épanchements au cours du pneumothorax artificiel), la vitesse de sédimentation est considérablement accrue ; dans ces cas, il n'est possible de tirer de l'examen aucune indication pronostique.

Les modifications du temps de sédimentation peuvent aussi servir de criterium à l'efficacité ou aux dangers de la thérapeutique instituée. Dans des cas de pneumothorax artificiel et d'exérèse du phrénique, F. et H. ont vu le temps de sédimentation se rapprocher de la normale. P.-L. MARIE.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(*Leipzig*)

Tome XXXIX, fasc. 4, Janvier 1924.

Braeuning et Hollmann (de Stettin). ***L'élimination de gouttelettes bacillifères dans la tuberculose pulmonaire et sa signification pour la lutte contre la tuberculose.*** — Flügge et ses élèves ont établi que dans la transmission de la tuberculose interviennent surtout non pas les bacilles provenant des crachats desséchés, comme on l'avait cru jusqu'alors, mais les bacilles contenus dans les gouttelettes de salive expectorées et disséminées par les tuberculeux au moment de leurs quintes de toux. Les recherches de B. et H. confirment pleinement ce point et aboutissent aux conclusions suivantes quant à la propagation de la tuberculose.

Les tuberculoses fermées, c'est-à-dire celles où l'on ne trouve jamais de bacilles dans l'expectoration, ne disséminent point de gouttelettes bacillifères et ne sont, par conséquent, pas contagieuses.

Parmi les sujets atteints de tuberculoses ouvertes, il y en a environ 50 pour 100 qui ne projettent pas de gouttelettes bacillifères. Il en est notamment ainsi pour les malades chez lesquels on ne perçoit pas de bruits d'origine catarrhale. Ces tuberculeux ne sont dangereux que par leurs crachats. Or, grâce à l'éducation du public poursuivie en Allemagne dans ces 40 dernières années, les infections massives par des crachats ne surviennent qu'assez rarement.

Restent 50 pour 100 des tuberculeux à foyers ouverts, qui, au moment de la toux, disséminent des gouttelettes bacillifères. Le nombre des bacilles ainsi disséminés est très faible par rapport aux bacilles contenus dans les crachats. La plupart des tousseurs de bacilles ne projettent, en l'espace de 3 jours, qu'une vingtaine de gouttelettes bacillifères, dont chacune renferme seulement de 20 à 100 bacilles.

En parlant, les tuberculeux à foyers ouverts ne disséminent que peu de gouttelettes bacillifères.

Au point de vue de la pratique de la prophylaxie antituberculeuse, ces constatations montrent que les tuberculoses fermées ne comportent pas de mesures spéciales d'hygiène. Il s'agit seulement de les traiter pour qu'elles ne deviennent pas ouvertes et de les surveiller de près, pour que, en cas de transformation en foyers ouverts, on s'en aperçoive à temps.

Il en sera tout autrement pour les tuberculeux à foyers ouverts, qui nécessitent, outre une discipline soigneuse de la toux et de l'expectoration, l'application de toutes les autres mesures susceptibles d'empêcher la contagion.

Il serait, sans doute, désirable de pouvoir délimiter avec certitude les tuberculoses ouvertes qui ne s'accompagnent pas d'élimination de gouttelettes bacillifères. Mais l'expérience a montré que, chez un seul et même patient, on obtient, à cet égard, des résultats tantôt négatifs et tantôt positifs. Aussi ne saurait-on renoncer aux mesures prophylactiques alors même qu'il s'agit de tuberculeux à foyers ouverts qui ne projettent pas de gouttelettes bacillifères. L. CHEINISSE.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(*Chicago*)

Tome LXXXII, n° 5, 2 Février 1924.

H. L. Bockus (de Philadelphie). ***L'alimentation jéjunale dans le traitement de l'ulcère peptique.*** — L'ulcère peptique moyen et non compliqué est justiciable du traitement médical, mais celui-ci doit être suffisamment prolongé : il nécessite un mois de séjour à l'hôpital et un mois de soins consécutifs pour que le patient puisse, sans crainte, être autorisé à reprendre son travail. Or, il est évident que, dans nombre de cas, le malade ne saurait, pour des raisons économiques, se résoudre à une aussi longue période d'inactivité. C'est dans le but d'abréger la durée du traitement médical, et après avoir observé les résultats obtenus par Einhorn au moyen de l'alimentation duodénale, que B. a eu l'idée d'essayer une méthode similaire, mais qui diffère de celle de Einhorn par les 3 points suivants :

1° La nourriture est introduite, non pas dans le duodénum, mais dans le jéjunum ;

2° Des alcalins sont administrés par la bouche toutes les deux heures dans l'intervalle des repas, au lieu de l'être seulement 3 fois par jour ;

3° Après la suppression du tube, le retour au régime normal a lieu plus graduellement.

B. a expérimenté cette méthode sur 10 hommes qui présentaient tous les signes classiques d'ulcus de l'estomac ou du duodénum, avec confirmation du diagnostic par les rayons de Rœntgen.

Sur 9 patients traités à l'hôpital, 7 paraissent actuellement guéris (encore que le laps de temps qui s'est écoulé depuis le traitement soit trop court pour que l'on puisse affirmer une guérison définitive). Les 2 autres malades se plaignent encore de troubles dyspeptiques légers, dus, peut-être, à l'existence d'une cholécystite chronique ; en tout cas, ils paraissent exempts de symptômes d'ulcus. Le 10e patient, atteint d'ankylostomiase, eut une rechute au bout de 2 semaines ; il se peut, d'ailleurs, qu'il se soit agi, en l'espèce, d'ankylostomiase pure, et non pas d'ulcère.

L'hyperacidité gastrique ne diminue guère dans les premiers 6 mois qui suivent le traitement, et ceci montre bien l'importance des soins diététiques consécutifs. Toutefois, le résultat le plus souvent (7 fois sur 9) négatif de l'examen radioscopique pratiqué après le traitement semble indiquer une guérison très avancée. Dans le même sens plaide l'absence d'hémorragies occultes après le traitement, constatée 9 fois sur 10.

En définitive, B. considère l'alimentation jéjunale comme un adjuvant précieux du traitement médical de l'ulcère peptique, susceptible d'abréger notablement la durée de ce traitement.

Après que la période d'alimentation jéjunale a pris fin, il faut surveiller le régime et traiter l'hyperacidité par des alcalins jusqu'à ce que le chimisme gastrique redevienne normal.

L. CHEINISSE.

A. J. Bedell (d'Albany). ***Le cristallin tel qu'on le voit au moyen de la lampe à fente de Gullstrand et du microscope cornéen.*** — La microscopie de l'œil vivant réalisée à l'aide de la lampe à fente de Gullstrand permet une étude minutieuse du cristallin, de la structure normale et des altérations pathologiques de la capsule et de la substance corticale.

Sans pouvoir entrer ici dans les détails des descriptions, illustrées par des figures remarquables (dont quelques-unes en couleurs), nous devons signaler l'intérêt particulier que présente la méthode au point de vue de l'étude des diverses phases successives de la formation de la cataracte, et aussi au point de vue du diagnostic différentiel de la cataracte traumatique.

B. est persuadé qu'en permettant d'étudier aussi complètement que possible les altérations du cristallin, la lampe à fente aura, dans quelque dix ans contribué à agrandir considérablement le champ thérapeutique. Avec la connaissance approfondie de la pathogénie et de l'évolution de la cataracte, l'oculiste pourra se rendre maître de l'opacité, en bâtant ou en arrêtant son évolution.

La microscopie de l'œil vivant, en précisant les divers éléments constitutifs de la capsule et du cristallin, dissipera bien des appréhensions non justifiées. D'autre part, nombre de patients pourront bénéficier d'une intervention opératoire qui leur était refusée jusqu'ici.

L. CHEINISSE.

N° 6, 9 Février 1924.

R. Fitz et W. P. Murphy (de Boston). ***L'insuline au point de vue économique.*** — Par 5 cas choisis de manière à représenter les types les plus communs de diabète grave que l'on observe dans la pratique courante, F. et M. montrent que les sommes dépensées par les patients en achat d'insuline ont été « bien placées » en procurant un gain de force et de rendement, d'où le titre, à première vue quelque peu bizarre, de l'article : « L'insuline comme un placement pour le malade atteint de diabète sucré » (nous avons préféré le traduire par « L'insuline au point de vue économique »).

Mais, d'autre part, il ne faut pas perdre de vue qu'un traitement prolongé par des doses élevées d'insuline peut entraîner une dépense trop lourde. Il convient donc de s'en montrer économe.

Il existe, à cet égard, deux catégories de diabétiques : ceux pour lesquels l'insuline est une *nécessité*, et ceux pour qui elle est un *luxe*.

Le nombre des premiers ne dépasse pas, fort heureusement, un tiers du total des diabétiques, et c'est à eux que l'on doit réserver l'usage systématique de l'insuline. C'est dire que l'on devra y avoir recours dans tous les cas de diabète survenant chez des enfants et chez des sujets âgés de moins de 40 ans, dans tous les cas de coma ou d'acidose grave, dans tous les cas compliqués d'une infection amenant un abaissement temporaire ou permanent de la tolérance à l'égard des hydrates de carbone, dans tous les cas graves où il faut une intervention chirurgicale et, enfin, dans tous les cas où, sans insuline, la tolérance est insuffisante pour permettre une existence active.

Il est évident que l'on ne saurait hésiter, chez de pareils diabétiques, à employer l'insuline coûte que coûte, car elle peut sauver leur vie et représente pour eux presque toujours un sain « placement financier, avec gros dividendes de force et de vitalité ».

Il en est tout autrement pour les diabétiques à formes moyennes, qui constituent la grosse majorité. A moins de complications, ils ont presque tous une tolérance élevée à l'égard des hydrates de carbone et se maintiennent en équilibre pendant de longues années avec un régime diététique approprié. Pour eux, l'insuline n'est plus un « placement ». Sans doute, on peut, à titre exceptionnel, les autoriser à y recourir de temps à autre, une petite dose d'insuline leur permettant d'ajouter quelque supplément à leur régime habituel. Mais, d'une manière générale, on les engagera plutôt à s'en abstenir, en les traitant convenablement sans les exposer aux dépenses et inconvénients que comporte l'usage de l'insuline.

L. CHEINISSE.

M. R. Jones (de San-Francisco). ***L'acide chlorhydrique dans le traitement du rachitisme.*** — Au cours de recherches sur le métabolisme des sels inorganiques, J. a pu constater que, chez de jeunes chiens, on assiste au développement du rachitisme

sous l'influence d'une nourriture à teneur normale en protéines, graisses, hydrates de carbone, sels inorganiques et vitamines, mais possédant une alcalinité potentielle relativement élevée. D'autre part, sans rien changer à l'alimentation, J. a pu obtenir la guérison de ce rachitisme expérimental par l'emploi de l'acide chlorhydrique.

Cela étant, des essais analogues furent institués sur des enfants rachitiques. Là encore, l'usage de l'acide chlorhydrique parut donner de bons résultats. Mais, comme ces essais n'ont porté, en tout, que sur 3 enfants, il serait prématuré de vouloir d'ores et déjà se prononcer sur la valeur réelle de ce mode de traitement.

L. Cheinisse.

E C. Rosenow (de Rochester). ***Spécificité de streptocoques dans l'étiologie des affections du système nerveux.*** — Dans une série d'affections du système nerveux (encéphalite épidémique, hoquet épidémique, poliomyélite épidémique, etc.), R. a toujours trouvé un léger degré de nasopharyngite, souvent avec foyers infectieux au niveau des amygdales, des dents et des sinus. Il a pu isoler de ces foyers des streptocoques qui se sont montrés extrêmement spécifiques dans leurs effets.

A la suite d'injection intracérébrale ou sous-dure-mérienne de matériaux recueillis au niveau de ces portes d'entrée, il a été possible d'isoler des streptocoques similaires chez les animaux inoculés, ceux-ci présentant fréquemment des symptômes qui rappelaient ceux que l'on avait observés chez le ou les malades dont provenait le streptocoque en cause.

La même spécificité a été constatée au point de vue immunologique: les streptocoques provenant des diverses maladies du système nerveux étaient agglutinés par le sérum antipoliomyélitique et antiencéphalitique.

Mais R. insiste particulièrement sur ce fait que les propriétés dont dépend la spécificité sont souvent extrêmement labiles et ne se laissent mettre en évidence que par une technique rigoureusement appropriée. C'est ainsi que la spécificité — tant en ce qui concerne le pouvoir de produire des symptômes et lésions caractéristiques qu'en ce qui touche aux propriétés agglutinantes spécifiques — se perd rapidement avec la culture aérobie D'autre part, avec certaines souches, il se produit des changements dans la localisation du processus après passages à travers l'animal, constatation qui cadre bien avec les changements des types de l'encéphalite ou de la poliomyélite au cours de certaines épidémies et avec les variations du type dans diverses épidémies. C'est ainsi que des souches provenant du hoquet épidémique peuvent acquérir, après passage animal, le pouvoir de provoquer de l'encéphalite léthargique.

L. Cheinisse.

W. A. Gekler (d'Albuquerque). ***Facteurs mécaniques dans la genèse et l'évolution de la tuberculose pulmonaire.*** — A l'encontre de l'opinion généralement admise, la tuberculose ne commence pas toujours au niveau des sommets pour s'étendre lentement vers en bas. Dans nombre de cas, G. a trouvé un sommet relativement indemne, alors que le maximum des lésions, consolidées ou cavitaires, correspondait à la zone située entre la clavicule et une ligne horizontale menée à travers la bifurcation de la trachée.

Les recherches récentes de K. Nicol ont montré que ces lésions sont déterminées par aspiration de pus tuberculeux à travers l'arbre bronchique. Plus la quantité de pus aspiré est grande, plus étendues sont les lésions ainsi causées. Au point de vue radiographique, on ne constate pas de différence entre les lésions parenchymateuses survenues tardivement au cours de la tuberculose et les lésions de début, d'où G. serait enclin à conclure que ce ne sont pas seulement les lésions parenchymateuses tardives, mais aussi les altérations précoces, qui sont souvent causées par l'aspiration de pus tuberculeux d'un foyer préexistant. D'après G., le rôle de ce foyer préexistant appartiendrait aux ganglions péribronchiques tuberculeux.

Deux facteurs interviennent dans l'extension d'un processus purulent pulmonaire : d'une part, la fonction respiratoire normale, dont l'intensité varie avec l'activité physique du patient et son besoin en oxygène; d'autre part, la toux que l'on ne peut pas supprimer complètement chez un malade dont les bronches reçoivent constamment du pus.

La thérapeutique doit donc viser, en pareil cas, à mettre fin à cette mobilisation des bacilles tuberculeux dans le système bronchique. Son succès dépend, dans une très large mesure, du degré plus ou moins complet de la « stérilisation » des cavités pulmonaires. A cet égard, les deux travaux analysés ci-dessous paraissent particulièrement intéressants.

L. Cheinisse.

W. R. Lovelace (d'Albuquerque). ***Les aspects chirurgicaux de la stérilisation des cavernes pulmonaires.*** — En vue de la stérilisation chimiothérapique de cavernes pulmonaires, dans les cas notamment où, par leurs dimensions et leur localisation, elles ne sont pas justiciables d'interventions thoracoplastiques ou autres, L. a procédé, chez 3 malades, à l'ouverture de ces cavités, de façon à les rendre accessibles à la chimiothérapie.

La 1re malade fut opérée le 22 Avril 1923. On réséqua un peu plus de 3 cm. 1/2 de la deuxième côte, avec son périoste, en commençant à 2 cm. 1/2 à droite du sternum. Après avoir ensuite localisé la caverne à l'aide d'une aiguille aspiratrice, on l'ouvrit au thermocautère, en passant à travers la plèvre, environ 2 cm de tissu pulmonaire et la paroi de la cavité. Avec le doigt, on élargit l'ouverture jusqu'à 2 cm. 1/2 de diamètre, et l'on inséra un drain. On s'était proposé de faire cette opération sous anesthésie locale, associée à la morphine et à la scopolamine, mais, cette dernière ayant produit un effet trop excitant, on fut obligé de donner à la malade un peu de chloroforme (moins de 30 gr.). Au cours de l'intervention, l'inhalation de fumée et de vapeurs au moment de l'introduction du thermocautère dans la caverne provoqua un violent accès de toux. En élargissant l'ouverture à l'aide du doigt, on déchira la plèvre à l'endroit où elle n'était pas complètement adhérente. Ces incidents mis à part, l'intervention n'occasionna ni choc, ni gêne respiratoire, ni troubles cardiaques (si fréquents après opérations thoracoplastiques).

La seconde malade fut opérée le 11 Août 1923 d'après le même procédé. Toutefois, au lieu d'élargir l'ouverture de la caverne avec le doigt, un bloc de tissu de 2 cm. de diamètre fut détaché au thermocautère à travers la paroi thoracique et la paroi de la caverne, après quoi les tissus furent soigneusement cautérisés. Afin d'éviter la toux qu'aurait pu causer l'inhalation de fumée et de vapeurs produites par la cautérisation, une sonde en caoutchouc reliée à un aspirateur fut introduite dans la caverne. On fut ainsi à même d'éloigner la fumée et les vapeurs, en même temps que l'on retira par aspiration environ 30 gr. de pus du fond de la caverne. L'opération fut menée à bonne fin sans avoir nécessité d'anesthésie générale.

La 3e malade fut opérée le 9 Septembre 1923. Là encore, au lieu de se borner à diviser les muscles pectoraux, on enleva un fragment d'environ 0 cm. 5 de large et de 3 cm. de long, pour faciliter le traitement chimiothérapique. La patiente avait reçu un peu de morphine et d'héroïne avant l'opération et garda entièrement sa connaissance pendant toute la durée de l'intervention, qui lui parut moins douloureuse qu'une tonsillectomie subie antérieurement. Les seules suites désagréables furent quelques vomissements et nausées dus aux opiacés absorbés avant l'opération, et qui disparurent au bout de quelques heures.

En se basant sur ces 3 cas, L. considère l'ouverture chirurgicale des cavernes tuberculeuses comme une opération parfaitement réalisable sous anesthésie locale et qui, techniquement, n'est pas plus difficile qu'une résection de côte pour empyème.

Il importe de pratiquer cette ouverture au moyen du thermocautère, afin d'éviter la déchirure des tissus, en particulier de la plèvre. L'emploi du thermocautère remédie, en outre, à l'éventualité d'une hémorragie, ainsi qu'au danger de pénétration de matériaux infectieux dans le torrent circulatoire. Avant d'intervenir, il convient de s'assurer de l'existence d'adhérences pleurales suffisamment étendues.

Dans les 3 cas, l'opération fut suivie d'une élévation de la température à laquelle il fallait naturellement s'attendre. Mais, cette fièvre post-opératoire et la gêne et la douleur causées par la plaie mises à part, aucune complication ne fut notée.

L. Cheinisse.

H. P. Rankin et J. B. Weigel (d'Albuquerque). ***Stérilisation chimique des grosses cavernes tuberculeuses pulmonaires.*** — Les 3 malades dont il a été question dans le travail analysé ci-dessus ont été traités, après l'opération, par des applications d'une solution saturée de violet de gentiane dans de l'eau distillée additionnée de 10 pour 100 d'alcool.

On commençait par aspirer, au moyen d'une sonde reliée à une seringue de 10 cmc, les sécrétions accumulées dans la caverne. Puis, les parois de celle-ci étaient lavées avec une solution physiologique de chlorure de sodium, appliquée à l'aide d'un pulvérisateur. Cela fait, on pulvérisait dans la caverne la solution de violet de gentiane, en ayant soin d'en bien imprégner les parois de la cavité, ainsi que la plaie extérieure.

Ces applications étaient répétées 2, 3 ou 4 fois par jour pendant trois semaines, après quoi on remplaçait le violet de gentiane par une solution de bleu de méthylène à 4 pour 100 dans un mélange de 5 parties de glycérine et de 15 parties d'alcool pour 80 parties d'eau distillée.

En procédant de la sorte, R. et W. ont réussi à stériliser complètement la paroi de la caverne dans le 1er cas opéré par Lovelace. Les 2 autres cas sont encore trop récents pour que l'on puisse se prononcer catégoriquement, mais tout permet de croire que, là encore, on arrivera à obtenir la stérilisation complète du foyer ouvert.

Reste à savoir quel sera le sort ultérieur des cavernes ainsi traitées, mais jusqu'à présent la marche des choses paraît nettement favorable.

L. Cheinisse.

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
(*New York*)

Tome XXXVIII, n° 2, Février 1924.

Ed. Archibald (de Montréal). ***Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire unilatérale.*** — A. a pratiqué chez 39 tuberculeux la thoracoplastie postérieure de Sauerbruch en deux temps. Il recommande l'anesthésie générale superficielle au protoxyde d'azote associée à l'anesthésie locale. Il rejette l'injection d'alcool dans les nerfs intercostaux préconisée par King et Elœsser pour calmer les douleurs post-opératoires.

A. insiste sur les conditions requises pour l'intervention : résistance du sujet, indiquée en particulier par l'existence de processus de sclérose dans le poumon malade, unilatéralité de la tuberculose, bien que de légères lésions du côté opposé ne soient pas un obstacle absolu. La fièvre, la tachycardie, une expectoration abondante riche en bacilles ne sont pas une contre-indication, non plus qu'une localisation laryngée ou intestinale au début. A. a d'abord pensé qu'un pneumothorax devait avoir été tenté au préalable; il tend à abandonner cette opinion lorsqu'il s'agit de malades dans l'impossibilité de se soumettre à des réinsufflations régulières.

Sur 34 malades ayant subi l'opération de Sauerbruch, il n'a eu à déplorer que 3 morts attribuables à l'intervention : une par asystolie au 12e jour, une autre par suppuration au 21e jour, la dernière par tuberculisation aiguë du poumon opposé au bout de 7 semaines. En outre, dans 2 cas presque désespérés sur 5 où la thoracoplastie fut complétée par une apicolyse, la mort survint par défaillance cardiaque ou par bronchite aiguë avec affaissement du médiastin.

Les morts tardives (de 2 mois à 3 ans après l'opération), au nombre de 9, résultèrent presque toutes de l'extension de la maladie à l'autre poumon ou à d'autres organes. Un patient mourut d'hémorragie au bout de 2 ans, après avoir éprouvé une amélioration considérable; un autre, déjà porteur de pneumothorax, d'un pyopneumothorax; un autre enfin d'une fièvre typhoïde intercurrente.

Un an après la thoracoplastie, 5 patients pouvaient être considérés comme pratiquement guéris; 5 comme très améliorés; 5 comme notablement améliorés; 1 comme stationnaire. Moins d'un an après l'intervention, 5 étaient fortement améliorés; 3 modérément; 5 autres étaient opérés depuis trop peu de temps pour qu'on pût se prononcer sur leur état.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX

(*Paris*)

Tome 97, n° 17, 26 et 28 Février 1924.

L. Babonneix. ***Est-il possible, dans la plupart des cas, de distinguer chorée et athétose?*** — Dans la *chorée*, le mouvement involontaire est de caractère illogique, absurde, d'une brusquerie excessive, d'une grande amplitude, d'une irrégularité typique ; il peut intéresser toute la musculature striée, sans prédilection pour les extrémités ; il passe d'un groupe musculaire à un autre groupe souvent très éloigné du premier, mais jamais ne surviennent simultanément deux contractions involontaires. Au mouvement involontaire ne s'associent pas de spasmes ; jamais, de par sa répétition, il n'arrive à déterminer ni attitudes vicieuses, ni troubles trophiques et, en particulier, il ne déclenche pas d'hypertrophie musculaire.

Inversement à l'*athétose* appartiennent des mouvements involontaires qui, cependant, simulent les mouvements volontaires et sont caractérisés par leur lenteur, leur localisation ou leur prédominance aux extrémités, leur allure puissante, leur médiocre amplitude, leur tendance au rythme réalisant une sorte d'arythmie rythmée, leur simultanéité. Au mouvement involontaire s'associent assez régulièrement une hypertonie musculaire, de type strié, et des spasmes. D'autre part, il se produit à la longue soit une hypertrophie musculaire localisée aux muscles frappés par l'athétose, soit des attitudes vicieuses.

Il existe d'ailleurs des formes choréo-athétosiques de transition, et l'on sait que l'encéphalite léthargique peut réaliser tous les types de mouvements involontaires. L. Rivet.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION

(*Paris*)

Tome XIV, n° 2, Février 1924.

Jean-Charles Roux et Goiffon. ***Troubles intestinaux liés à la digestion insuffisante des hydrates de carbone.*** — Lorsque l'organisme n'arrive plus à digérer l'amidon en quantité suffisante, il en reste des résidus considérables dans le gros intestin, constituant un milieu de culture où les microbes se développent avec intensité. C'est souvent l'origine de troubles intestinaux plus ou moins graves. En effet, dans la digestion microbienne de l'amidon, contrairement à ce qu'on voit dans la digestion par les ferments solubles, il se produit soit des acides : lactique, acétique, etc., soit des gaz très abondants : acide carbonique, hydrogène, etc., et ces produits irritent l'intestin et amènent des manifestations cliniques diverses.

On peut mesurer l'insuffisance de digestion des hydrates de carbone et l'intensité des fermentations. R. et G. ont en effet montré comment par un dosage des acides produits dans le cæcum on peut reconnaitre, non seulement les fermentations actuelles, mais aussi les fermentations qui ont eu lieu à un moment donné dans le tube digestif, alors qu'au moment de l'évacuation les selles sont neutres ou alcalines.

Cliniquement, si les fermentations s'accentuent, elles déterminent une augmentation des gaz intestinaux et un chiffre plus élevé des acides de fermentation. Suivant les cas, peuvent prédominer chez le malade soit une production excessive de gaz intestinaux, soit des douleurs intestinales, liées parfois à la diarrhée, mais que l'on observe aussi avec des selles moulées, ou même dures, et qui relèvent d'une acidité excessive de la première partie du côlon, soit enfin des diarrhées parfois très intenses, tenant à l'action irritante des acides de fermentation sur la muqueuse du gros intestin. Ces divers symptômes peuvent du reste s'associer chez le même sujet. Les douleurs peuvent être généralisées à tout le côlon ou localisées sur le côlon droit.

Les diarrhées de fermentation sont en général de longue date, car tant que le diagnostic n'est pas établi, le traitement habituel des entérites ne fait qu'augmenter les désordres intestinaux. R. et G. insistent sur la diarrhée par fermentation consécutive au traitement des entérites par le régime féculent de Combe : ils ont observé des malades qui, ayant été soumis à ce régime de façon systématique, en avaient retiré d'abord les plus grands bénéfices, mais chez lesquels les désordres apparus ultérieurement mettaient bien en évidence qu'à un certain moment la tolérance pour les hydrates de carbone était véritablement épuisée.

Le traitement découle de ces considérations. Dans le régime, l'alimentation sera surtout constituée par des albuminoïdes et des graisses. On remplacera les féculents dans l'alimentation par des hydrates de carbone, les plus faciles à digérer, c'est-à-dire, d'après Schmidt, en premier lieu le sucre de lait et de canne, les confitures, les gelées; en seconde ligne viennent les préparations farineuses dextrinisées, les biscottes; en troisième rang, les farines fines de froment, de semoule, de gruau, de pain, le riz bien cuit. Beaucoup plus difficiles à digérer sont les pommes de terre, l'avoine, les châtaignes. Il faut proscrire absolument les légumineuses (pois, haricots, lentilles, fèves).

La difficulté augmente dans l'institution du régime lorsque, avec l'insuffisance de la digestion des hydrates de carbone, existe une entérite grave.

Le médicament le plus utile pour combattre les douleurs et la diarrhée est certainement le carbonate de chaux : une à deux cuillerées à café de craie préparée, administrées dans l'intervalle des repas, contribuent à diminuer l'acidité du contenu cæcal.

Mais chez les constipés, le carbonate de chaux peut augmenter la constipation et on ne peut toujours le prescrire. On peut alors avoir recours aux médications opothérapiques : la pancréatine, les diastases de l'orge germé peuvent faciliter la digestion de l'amidon. L. Rivet.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Leipzig*)

Tome L, n° 10, 7 Mars 1924.

W. Runge. ***Troubles moteurs oculaires pendant l'ivresse.*** — A la période aiguë de l'encéphalite épidémique, on constate souvent une parésie des mouvements conjugués des yeux associée à du nystagmus. R. a remarqué que dans certains cas, surtout au début, ces troubles oculaires coexistaient avec des manifestations rappelant celles de l'ivresse alcoolique : parole embarrassée, ataxie, torpeur mêlée d'euphorie, d'une légère surexcitation, parfois de jovialité. Cette ressemblance a conduit R. à rechercher s'il n'existait pas dans l'ivresse des troubles oculaires analogues. Or, chez 48 sujets examinés en état d'ébriété, il a retrouvé constamment un nystagmus rythmique, presque toujours horizontal, parfois vertical, dans les directions extrêmes du regard, fréquemment associé à une parésie des mouvements conjugués de latéralité, assez souvent à une parésie de la convergence et à des troubles des réactions pupillaires à la lumière et à la convergence. Le nystagmus et la parésie des mouvements conjugués se produisent aussi dans l'ivresse expérimentale du lapin. La dose d'alcool nécessaire pour provoquer le nystagmus est très variable et fonction de la sensibilité individuelle; chez les sujets intolérants, elle est minime. Chez les alcooliques chroniques aux manifestations ébrieuses atténuées et dans le *delirium tremens*, le nystagmus fait défaut. Il apparaît chronologiquement dans l'ivresse un peu après les premiers troubles psychiques. Plus persistant que la parésie des mouvements conjugués, il dure plus ou moins longtemps selon la quantité d'alcool absorbé; souvent on le constate encore 7 à 12 heures après la dernière ingestion.

Cette association du nystagmus et de la parésie des mouvements conjugués au cours de l'ivresse semble n'avoir pas encore été décrite. La pathogénie de ce nystagmus est obscure. Comme l'excitabilité de l'appareil vestibulaire est conservée pendant l'ivresse, on peut invoquer une origine aussi bien périphérique que centrale. Toutefois, en faveur de cette dernière plaident l'association des troubles parétiques, le caractère non purement horizontal du nystagmus, mais surtout l'analogie avec les phénomènes observés dans l'encéphalite épidémique, en particulier dans certain cas de parkinsonisme où R. a vu à chaque aggravation réapparaître le nystagmus et la parésie oculaire, dont l'origine centrale, au niveau du tronc cérébral, ne peut être mise en doute. Dans ces cas, l'ingestion de petites quantités d'alcool accentua ces troubles et détermina en même temps une aggravation passagère des autres symptômes. Il est vraisemblable que dans le nystagmus de l'ivresse le point de départ siège aussi dans le tronc cérébral, bien qu'on ne puisse exclure complètement une origine corticale (pied de la 2e circonvolution frontale). Le nystagmus et la parésie oculaire se retrouvent dans la polioencéphalite supérieure hémorragique de l'alcoolisme chronique dont l'ivresse aiguë semble être un reflet fugace. P.-L. Marie.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Berlin*)

Tome III, n° 9, 26 Février 1924.

I. Hollo et St. Weiss (de Budapest). ***Rapports entre la tension de l'acide carbonique alvéolaire et la sécrétion du suc gastrique après les repas.*** — Les recherches instituées par H. et W. dans le service du professeur R. Balint ont montré que la tension de l'acide carbonique alvéolaire subit après le repas une augmentation régulière, provoquée par la sécrétion d'acide chlorhydrique. Chez les sujets atteints d'anachlorhydrie, cette augmentation fait défaut et, le plus souvent, on constate même une diminution progressive.

Dans les conditions normales, l'augmentation de la tension de l'acide carbonique alvéolaire est suivie d'un abaissement qui descend au-dessous de la valeur initiale, abaissement dû probablement à la sécrétion du suc intestinal alcalin.

Quant à l'évolution chronologique de la courbe de l'acide carbonique alvéolaire après un repas d'épreuve, elle présente des variations individuelles considérables. Avec Benett et Dodds, H. et W. distinguent, à cet égard, un type rapide et un type latent. Le maximum de la tension de l'acide carbonique est atteint au bout de 20 à 70 minutes, la moyenne étant de 30 minutes.

Il existe un parallélisme incontestable entre la courbe de la tension de l'acide carbonique alvéolaire et le degré d'acidité du suc gastrique. Ce qui est caractéristique pour l'hyperacidité, ce n'est pas seulement l'élévation plus considérable de la tension, mais aussi la réaction plus prompte. D'autre part, la valeur initiale de la tension de l'acide carbonique est généralement plus élevée chez les hyperacides, probablement parce que, chez ces malades, il se produit souvent une sécrétion de suc gastrique à jeun.

H. et W. estiment que, dans les cas où le cathétérisme de l'estomac est contre-indiqué, l'examen judicieux de la courbe de l'acide carbonique alvéolaire après un repas d'épreuve pourrait, jusqu'à un certain point, renseigner sur la sécrétion stomacale de l'acide chlorhydrique. L. Cheinisse.

Prof. Huntemüller (de Giessen). ***Les affections inflammatoires des voies biliaires au point de vue bactériologique.*** — En pratiquant l'examen bactériologique de la paroi de la vésicule biliaire et du foie dans 150 cas traités opératoirement pour cholécystite à la Clinique chirurgicale universitaire de Giessen, H. a pu relever la présence constante de microbes dans la vésicule biliaire; pour le foie, la proportion des résultats positifs a été de 80 pour 100.

Le plus souvent, dans presque 60 pour 100 des cas, il s'agissait de staphylocoques, tandis que le colibacille, qui jusqu'à présent était considéré comme le principal agent pathogène de la cholangite, n'a été retrouvé que dans 12 pour 100 des cas. Pour le reste, on avait affaire à des microbes de diverses sortes ou à des infections mixtes.

Au point de vue thérapeutique, H. considère l'auto-

vaccinothérapie comme un complément très utile de l'intervention opératoire. Dans les cas où l'on ne veut pas se décider à l'opération, il préconise la protéinothérapie non spécifique.

L. Cheinisse.

Nº 10, 4 Mars 1924.

Prof. K. Blühdorn (de Gœttingue). ***Sur la constitution dite calciprive.*** — Chez des enfants asthéniques, il n'est pas rare de constater la présence du signe du facial et une augmentation de l'excitabilité électrique. Ces deux symptômes ont été interprétés par Steeman comme des signes d'une constitution *calciprive* (déminéralisation calcaire de l'organisme). Chez les enfants de cette catégorie, Steeman a pu noter un abaissement de la teneur du sang en calcium, et, d'autre part, sous l'influence de l'huile de foie de morue associée à des préparations calcaires, le phénomène du facial et l'augmentation de l'excitabilité électrique, ainsi que la diminution du taux du calcium sanguin, disparaissaient.

Or, ces constatations n'ont pas été confirmées par les recherches de B., qui ont porté sur 29 enfants asthéniques avec ou sans signe du facial et augmentation de l'excitabilité électrique. Chez aucun de ces enfants, pas plus que chez 23 écoliers qui, antérieurement, avaient présenté des manifestations nettement spasmophiles, B. n'a pu déceler la moindre anomalie quant à la teneur du sérum sanguin en calcium.

D'autre part, pour ce qui est des résultats thérapeutiques invoqués par Steeman, B. fait remarquer que le signe de Chvostek et celui d'Erb sont de nature tellement fugace que leur disparition ne saurait guère être attribuée d'une façon certaine au traitement.

L. Cheinisse.

Nº 11, 11 Mars 1924.

P. Bastai et A. Busacca (de Turin). ***Sur la présence du virus herpétique dans le sang des sujets atteints d'herpès pendant la période d'éruption et à l'état latent dans les intervalles.*** — Dans un précédent travail, B. et B. ont montré que, chez des sujets atteints d'herpès fébrile ou de kératite herpétique, on pouvait déceler la présence du virus herpétique dans le liquide céphalo-rachidien, tant pendant l'éruption qu'au cours des périodes intermédiaires, d'où ils avaient tiré cette conclusion que l'infection herpétique est une infection généralisée avec phénomènes locaux secondaires (voir *La Presse Médicale* du 22 Mars 1924, analyses, p. 52). Restait à savoir si le virus herpétique pénètre également dans d'autres parties de l'organisme et notamment dans le sang. Or, les recherches instituées par B. et B. ont permis de constater la présence du virus herpétique non seulement dans le sérum sanguin de personnes présentant des manifestations d'herpès, mais encore dans les intervalles entre les poussées éruptives, c'est-à-dire à l'état latent.

L. Cheinisse.

A. Wagner (d'Altona). ***Sur le diabète insipide manifeste et latent.*** — W. rapporte 3 cas de diabète insipide dans lesquels la polyurie et la polydipsie avaient disparu, sans que l'affection fût guérie pour cela, puisque le défaut de pouvoir de concentration pour le chlorure de sodium restait le même et que c'est là le principal symptôme qui différencie le diabète insipide d'avec d'autres polyuries.

Tant que la concentration du chlorure de sodium reste très faible, comme cela a lieu dans les formes habituelles (manifestes) de diabète insipide, la polyurie est nécessaire même pour l'élimination de quantités moyennes ou petites de ce sel. Mais, lorsque le malade arrive à avoir une urine presque isotonique à la teneur du sérum en chlorure de sodium, la polyurie et la polydipsie disparaissent. En admettant que le rein soit capable de fournir une urine ayant une concentration de chlorure de sodium d'environ 0,5 pour 100, le patient peut, avec une moyenne journalière de 1 500 cmc., éliminer 7 gr. 50 de chlorure de sodium. Si, en pareil cas, l'absorption de grandes quantités d'eau n'est pas devenue une habitude, les symptômes secondaires — polydipsie et polyurie — s'effaceront, et le diabète insipide, de *manifeste* qu'il était, deviendra *latent*, pouvant ainsi simuler une guérison.

L. Cheinisse.

H. Müller (de Zurich). ***Sur la valeur de la réaction de Hay en tant que réaction des acides biliaires dans l'urine.*** — On se rappelle que H. Simon a contesté la valeur de la réaction de Hay pour l'examen fonctionnel du foie, en insistant sur ce fait que, à côté des acides biliaires, d'autres substances peuvent aussi modifier la tension superficielle des urines (voir *La Presse Médicale* du 26 Mai 1923, analyses, p. 47). M., tout en reconnaissant que cette réaction n'a pas de valeur spécifique, ne la considère pas moins comme susceptible de rendre d'excellents services, pour peu qu'il soit tenu suffisamment compte et de l'état clinique des choses, et des sources possibles d'erreurs. Celles-ci résident, d'ailleurs, dans des substances, qui, tout comme les acides biliaires, relèvent du foie, ce qui rehausse encore la valeur de la réaction en tant que moyen d'appréciation fonctionnelle du foie.

Se plaçant au point de vue clinique, M. estime que la réaction de Hay a la même signification pour le foie que la constatation d'albuminurie pour les reins. Le fait que cette réaction fait parfois défaut dans la congestion chronique du foie et dans certaines cirrhoses hépatiques n'en diminue pas la valeur. Il y a là une analogie avec certaines néphrites à petit rein scléreux sans albuminurie.

D'une manière générale, la cholalurie s'observe beaucoup plus facilement que l'albuminurie, d'où il est permis de conclure que les agents nocifs d'ordre toxique ou infectieux frappent plus rapidement le parenchyme hépatique que le parenchyme rénal.

L. Cheinisse.

ARCHIV für KINDERHEILKUNDE

(Stuttgart)

Fasc. 4, 18 Décembre 1923.

Charlotte Gottschalk (de Königsberg). ***Sur les examens du sang dans le scorbut infantile.*** — Les travaux se rapportant aux examens du sang des enfants scorbutiques montrent que, d'une façon coutumière, la maladie de Barlow s'accompagne d'une diminution de l'hémoglobine et des globules rouges en même temps que survient une lymphocytose relative. Il existe donc une *anémie scorbutique*, mais la question est de savoir s'il s'agit d'une anémie secondaire consécutive aux hémorragies, ou bien d'une anémie provoquée par la même cause que celle qui engendre le scorbut.

C'est cette dernière hypothèse qu'admet C. G. en s'appuyant sur l'étude d'un cas typique : enfant rachitique avec pseudo-paralysies extrêmement douloureuses des membres, gonflement des extrémités diaphysaires, hémorragies gingivales et périostées avec modifications caractéristiques visibles aux rayons X, hématurie, anémie et sueurs excessives. Les examens du sang, pratiqués durant la période d'état et durant la période de déclin de la maladie, ont montré un parallélisme étroit entre l'anémie et les symptômes caractéristiques du scorbut infantile. Il en fut de même dans un cas étudié par Glaser. L'administration de lait cru, de fruits frais et de légumes exerce sur les lésions sanguines une influence des plus favorables, ce qui démontre leur origine alimentaire.

G. Schreiber.

W. Klein, Erich Müller, A. Scheunert et M. Steuber (de Berlin). ***Du métabolisme basal dans la dystrophie adiposo-génitale; ses modifications par les extraits hypophysaires.*** — Les travaux récents de Rahel Plaut sur les échanges gazeux dans l'obésité hypophysaire ont montré que le métabolisme basal restait normal comme l'avaient déjà constaté Zondek et Lœwy, Liebesny et Schwarz, Cushing sur certains chiens. Le métabolisme n'était abaissé que dans les cas très graves aboutissant à la cachexie. Plaut a pu établir, d'autre part, que chez les obèses hypophysaires l'absorption de nourriture n'entraîne pas l'augmentation des échanges gazeux qui est de règle dans les conditions normales. Ces faits ont été confirmés par Knipping qui a en outre montré, en expérimentant sur deux chiens, que l'injection d'extrait hypophysaire du lobe antérieur augmentait régulièrement et notablement cette action dynamique de la nourriture.

Magnus-Lévy et Salomon ont constaté, de leur côté, que chez l'homme les extraits hypophysaires élevaient les échanges gazeux; Bernstein et Falta, opérant sur des chiens, ont noté que l'extrait de lobe postérieur donnait une augmentation, l'extrait de lobe antérieur une diminution de ces échanges.

Ayant à soigner un garçon de 16 ans, atteint de dystrophie adiposo-génitale, K., M., S. et S. ont voulu apprécier l'action des extraits hypophysaires, prélevés par l'un d'eux sur de jeunes taureaux de 1 à 2 ans 1/2. Ayant injecté en trois périodes successives, d'abord l'extrait hypophysaire total, puis l'extrait du lobe antérieur isolément, enfin l'extrait du lobe postérieur, ils ont toujours constaté, contrairement à leur attente, un abaissement notable du métabolisme basal, alors que ce dernier était normal durant les périodes de suspension de la médication hypophysaire. Ils ont, en somme, observé un ralentissement des échanges nutritifs à la suite de l'opothérapie hypophysaire et ces résultats, en contradiction avec ceux des autres auteurs, leur font demander si l'hypophyse contient réellement des substances susceptibles d'influencer le métabolisme basal. Le syndrome adiposo-génital est généralement rattaché à l'insuffisance hypophysaire, mais ce cas personnel n'apporte aucun argument en faveur de cette hypothèse.

G. Schreiber.

PROCEEDINGS

of the

ROYAL SOCIETY OF MEDICINE

(Londres)

Tome XVII, nº 1, Mars 1924.

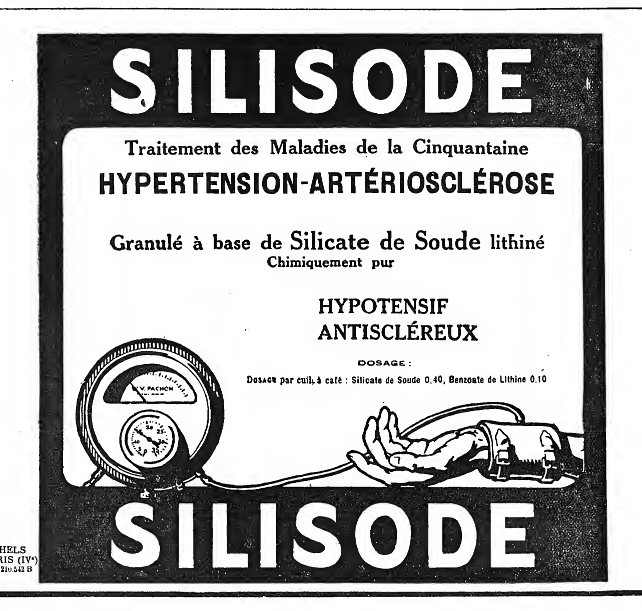
P. Bull. ***Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire : 92 cas de thoracoplastie extrapleurale.*** — B. a pratiqué de 1914 à 1923 92 thoracoplasties extrapleurales pour tuberculose pulmonaire. Il opéra une égale proportion d'hommes et de femmes. 56 fois l'opération porta sur le côté gauche et 36 fois sur le droit.

Chez les hommes, l'opération fut faite 26 fois à gauche et 20 fois à droite; chez les femmes, il y eut 30 plasties gauches et 16 droites.

B. compte 9 morts opératoires (5 hommes et 4 femmes). Sur ces 9 cas, 7 fois les lésions étaient droites (19,4 pour 100 de mortalité), et 2 fois elles étaient gauches (3,5 pour 100 de mortalité). Au total 59 opérés sont encore vivants : 24, en effet, sont morts plus ou moins longtemps après l'opération, tous de tuberculose, sauf 1. Sur ces 59 survivants, 35 ne présentent plus actuellement aucun symptôme de tuberculose, 15 sont tuberculeux et pour 9 malades les résultats sont incertains.

B. reproduit une série de clichés radiographiques, montrant les poumons avant et après la thoracoplastie. Il signale que l'opération est presque toujours suivie d'une notable élévation thermique, qu'il attribue à une résorption massive de toxines, consécutive à l'affaissement pulmonaire post-opératoire. Voici ses conclusions : 1º Dans toute tuberculose pulmonaire unilatérale ou presque uniquement unilatérale, qui ne guérit pas par les moyens habituels ou par le pneumothorax artificiel, on peut attendre de bons résultats de la thoracoplastie extrapleurale; 2º cette opération ne doit être tentée qu'après consultation très sérieuse avec le médecin traitant, qui est seul bien placé pour savoir ce qu'on peut attendre de la continuation du traitement purement médical; 3º la résection doit intéresser la portion postérieure des côtes, de la première à la dixième ou même à la onzième. Elle se pratiquera sous anesthésie locale ou générale, grâce à une longue incision paravertébrale; 4º si, après la thoracoplastie, il persiste une cavité pulmonaire, on peut en obtenir l'affaissement grâce à une transplantation graisseuse extrapleurale; 5º il est nécessaire que les médecins praticiens connaissent bien les indications et les résultats de la thoracoplastie extrapleurale. On peut, en effet, grâce à elle compter sauver un tiers des malades, qui sans l'opération seraient condamnés. Aucun praticien n'a plus le droit de refuser cette chance de salut à ceux de ses malades qui sont justiciables de cette intervention.

Certes ce n'est pas une chirurgie « de tout repos ». Toute mort post-opératoire, tout cas non amélioré sont l'occasion d'âpres critiques, tant contre le médecin qui a laissé faire l'opération que contre le chirurgien qui l'a pratiquée. On accuse volontiers ce dernier de mal connaître la tuberculose pulmonaire et ses complications, d'avoir mal pesé les indications opératoires, quand on ne met pas en doute son habileté technique. Toutes ces considérations, pour désagréables qu'elles soient, ne doivent pas arrêter le chirurgien. Si, en effet, les déboires sont nombreux dans cette chirurgie, comme d'ailleurs dans celle du cancer, que de compensations, par contre, les cas



Laboratoire MICHELS
9, Rue Castex, PARIS (IVe)
Reg. du Com. Seine, N° 210.542 B

TROUBLES de la MÉNOPAUSE



MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX

Aphloïa
Piscidia
Hamamelis
Hydrastis
Viburnum

2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : 15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)
Registre du Commerce : Seine, 54.002.

heureux n'apportent-ils pas au chirurgien! Il faut avoir constaté la gratitude de ces pauvres malades, ballottés d'un médecin à l'autre, errant de sanatorium en sanatorium, ne pressentant que trop qu'ils sont inguérissables, pour être largement payé de ses peines. La thoracoplastie extrapleurale est bien digne des meilleures traditions de la chirurgie.

J. Luzoir.

THE JAPAN MEDICAL WORLD

(Tokio)

Tome II, n° 11, 15 Novembre 1923.

K. Ohmori. *Études sur la cause et le traitement du béribéri au Japon.* — Le béribéri est une affection extrêmement répandue au Japon et, chaque année, il n'y cause pas moins de 5 à 20.000 décès, occupant ainsi le 10e rang parmi les causes de mortalité. Sa fréquence varie d'ailleurs d'année en année, elle est parallèle à l'abondance de la récolte du riz. La maladie règne surtout dans les villes et les régions industrielles; elle frappe de préférence les soldats, les manœuvres, les ouvrières d'usine, les étudiants. La mortalité est élevée chez les gens occupés à des travaux pénibles. Elle atteint son maximum chez les nourrissons, un tiers des décès dus au béribéri surviennent pendant la première année de la vie. La maladie frappe les enfants allaités par des mères présentant elles-mêmes du béribéri. Celui-ci sévit aussi particulièrement entre 15 et 30 ans et la mortalité à cette période est encore très grande. Le sexe masculin est particulièrement atteint. Les coutumes alimentaires des Japonais font que ceux-ci présentent, en dehors du Japon, une morbidité plus élevée que les indigènes habitant la Corée, Formose, la Mandchourie.

Ce véritable fléau a suscité d'innombrables études visant surtout sa pathogénie. La théorie infectieuse a perdu tous ses partisans, le mal n'étant pas contagieux et le microorganisme causal n'ayant pas été découvert. De même, la théorie toxique, qui incriminait des poisons produits pendant la conservation du riz ou dans l'intestin même aux dépens du riz, ne trouve plus de crédit. La maladie est considérée maintenant comme une avitaminose due au déficit en vitamine B du riz poli. Ogata, en 1920, reproduisit un syndrome voisin en nourrissant avec cet aliment des pigeons qui guérirent rapidement après l'administration de vitamines. En 1921, Murata obtenait chez les mammifères des symptômes rappelant ceux du béribéri au moyen d'une alimentation carencée en vitamines. Enfin O. a pu reproduire le béribéri chez l'homme, établissant ainsi hors de toute contestation les rapports intimes entre la maladie et le riz poli, privé de la vitamine B renfermée dans l'enveloppe. Chez les sujets préalablement bien portants, les prodromes, douleurs et crampes dans les mollets, exagération des réflexes tendineux précédant leur diminution, hypotension, constipation se montrèrent au bout de 2 semaines d'une alimentation formée principalement par du riz poli, accessoirement par des conserves, des bananes, du sucre et des salades; au bout de 40 jours apparut le tableau typique. L'adjonction de vitamines B fit disparaître tous les symptômes sans que le reste du régime eût été modifié. Le début des accidents est d'autant plus précoce que l'alimentation est plus riche en calories, surtout quand elles sont fournies par des hydrates de carbone. Au contraire les protéines ralentissent l'apparition des symptômes. En dehors de ces preuves expérimentales, on peut invoquer encore les analyses de Mio, au moyen de l'épreuve de la levure, qui ont montré, chez les sujets morts de béribéri, la diminution de la vitamine B dans les organes.

Comme causes prédisposantes, il faut signaler la constitution lymphatique et l'état vagotonique, la température chaude et humide qui favorise aussi les accidents d'avitaminose chez les animaux, l'encombrement, le surmenage, même intellectuel, la grossesse, la puerpéralité.

La prophylaxie est simple : fournir de la vitamine B soit en ajoutant des aliments accessoires contenant cette vitamine si les sujets consomment du riz poli, soit en remplaçant en partie ce dernier par du riz à demi décortiqué ou par des haricots ou du froment.

Le traitement curatif comporte l'administration de son de riz : 200 gr. suffisent à procurer une amélioration immédiate, Chez le nourrisson, on suspendra l'allaitement maternel. P.-L. Marie.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(Kharkov)

Tome VII, n° 3, 15 Février 1924.

A. M. Zioukov (de Kiev). *De l'influence des bains de lumière et des procédés sudorifiques sur la teneur du sang en azote résiduel dans les néphrites.* — Z. a entrepris, dans le service du professeur F. G. Yanovsky, une série de recherches sur 18 cas que l'on peut diviser en 2 groupes. Le premier comprenait 12 cas de néphrite glomérulaire chronique, avec polyurie modérée et azotémie plus ou moins accentuée. Le second groupe était constitué par 6 néphrites avec œdèmes, mais sans troubles graves de l'élimination azotée.

Avant d'être soumis à l'action des bains électriques, les malades étaient maintenus, pendant quelques jours, à un régime diététique déterminé, en même temps que l'on procédait à un examen fonctionnel soigneux de leurs reins. Le tableau clinique ayant été suffisamment étudié et le taux de l'azote et des chlorures urinaires une fois établi, on procédait au dosage de l'azote résiduel dans le sang, et aussitôt après le malade recevait un bain de lumière électrique de 1 heure à 1 h. 1/2 de durée. A la sortie de ce bain, on pratiquait une nouvelle analyse du sang.

On a pu de la sorte constater qu'après le bain la teneur du sang en azote résiduel augmentait dans tous les cas. Mais cette augmentation était accentuée (de 0,28 à 0,63 pour 1.000) seulement dans les néphrites azotémiques, tandis que, dans les néphrites sans perturbation de l'élimination azotée, elle était insignifiante (0,18 au maximum).

L'augmentation du taux de l'azote résiduel dans le sang semble donc dépendre, d'une part, du degré de sa rétention dans les tissus et, d'autre part, du degré de suffisance du pouvoir éliminateur des reins.

Pour ce qui est de l'influence sur la diurèse, Z. a pu constater que, dans certains cas, malgré une transpiration intense, le taux des urines, loin de diminuer après le bain, augmente assez notablement (de 350 à 500 cmc dans les 24 heures). Mais il n'en est ainsi que dans les cas où, le pouvoir de concentration du rein étant compromis, la teneur du sang en azote résiduel augmente considérablement après le bain (néphrites glomérulaires).

On voit par là que les bains de lumière et autres procédés sudorifiques ne sauraient produire des effets identiques dans toutes les néphrites. Ces effets varieront non seulement suivant la forme de la maladie, mais encore selon l'état fonctionnel du rein. Il importe donc d' « individualiser » rigoureusement chaque cas, en l'étudiant surtout au point de vue de la capacité fonctionnelle des reins.

L. Cheinisse.

L. M. Martinson (de Kharkov). *Contribution à la symptomatologie de l'adénopathie bronchique chez les enfants.* — M. apporte une nouvelle série d'observations cliniques qui tendent à confirmer la valeur diagnostique du signe sur lequel il a attiré l'attention précédemment (voir *La Presse Médicale*, 26 Août 1922, p. 740) et qui consiste en une matité axillaire du côté correspondant aux ganglions bronchiques hypertrophiés.

Pour obtenir cette matité, il faut, après avoir fait écarter horizontalement les deux bras de l'enfant, pratiquer la percussion superficielle des deux creux axillaires, immédiatement en arrière de la paroi antérieure, c'est-à-dire immédiatement en arrière du pectoral.

Le plus souvent, cette matité axillaire coexiste avec d'autres modifications à la percussion, notamment avec la matité entre les deux omoplates, mais elle peut aussi — et c'est ce qui en fait surtout l'intérêt — s'observer à l'état isolé et constituer alors le signe le plus précoce de l'adénopathie bronchique.

Dans les cas déjà anciens, la valeur de ce signe a pu être confirmée par la radioscopie, les ganglions épaissis donnant une ombre accentuée sur l'écran.

A l'état isolé, la matité axillaire se rencontre surtout au cours des deux premières années de la vie. Chez les enfants plus âgés, on constate, en même temps, d'autres symptômes d'adénopathie.

L. Cheinisse.

N° 4, 1er Mars 1924.

Prof. A. V. Palladine et E. R. Kratinova (de Kharkov). *Contribution à la biochimie de la nutrition qualitativement insuffisante.* — On connaît le rôle que l'on fait jouer à l'alimentation maïdique dans l'étiologie de la pellagre, mais il s'en faut que l'on soit fixé sur la cause de cette nocivité particulière du maïs. Celui-ci ne contiendrait-il pas toutes les vitamines nécessaires ou bien ses protéines ne seraient-elles pas de valeur suffisante?

Partant de cette considération qu'une alimentation privée de vitamines retentit toujours de façon caractéristique sur les échanges organiques, notamment sur le métabolisme des hydrates de carbone et de la créatine, P. et K. ont cherché à étudier l'influence qu'exerce le maïs sur les échanges de la créatine.

En expérimentant sur des lapins, ils ont constaté que l'alimentation maïdique détermine des troubles accentués dans le métabolisme de la créatine et de la créatinine. Après 6 à 8 jours de cette alimentation, on constate l'apparition de créatine dans les urines. Cette créatinurie va en augmentant jusqu'à la fin de la 4e semaine, puis elle diminue progressivement, sauf pendant les 4 jours qui précèdent la mort. L'élimination de la créatinine ne subit d'abord pas de modification, puis elle commence à diminuer lentement, subissant seulement une légère augmentation avant la mort.

Or, les choses se passent tout autrement dans le scorbut expérimental (voir *La Presse Médicale*, 19 Mai 1923, analyses, p. 42) et dans l'avitaminose par alimentation avec de l'avoine surchauffée (voir *La Presse Médicale*, 2 Février 1924, analyses, p. 23): la créatinurie y augmente constamment à la fois comme valeur absolue et par rapport à l'azote urinaire total.

A quoi peut tenir cette différence? Dans l'avoine surchauffée les 3 sortes de vitamines — A, B et C — font défaut. Le maïs contient des vitamines B en quantité suffisante. Est-ce à dire que l'alimentation maïdique provoque une avitaminose moins accentuée, due seulement à la carence en vitamine C et à la pauvreté du maïs en vitamines A? Mais les lapins nourris exclusivement avec de l'avoine, qui ne contient point de vitamine C et est pauvre en vitamines A, ne présentent aucun symptôme morbide.

P. et K. en concluent que ce qu'il faut incriminer, ce n'est pas la carence en vitamine C, mais la valeur biologique insuffisante des protéines du maïs (zéine).

Les résultats obtenus dans une série d'expériences portant sur des cobayes plaident dans le même sens.

L. Cheinisse.

M. E. Mandelstam (de Pétrograd). *Sur les modifications morphologiques du sang consécutives à l'irradiation de la rate.* — Les recherches de M. ont porté sur 14 malades chez lesquels on pouvait admettre des troubles fonctionnels de la rate. Elles ont montré que des irradiations répétées de la rate avec de faibles doses (1 H) exercent sur le sang une influence incontestable, mais qui varie d'un malade à l'autre : elle se fait sentir tantôt sur les globules blancs de préférence, tantôt sur les globules rouges. Dans les deux cas, le nombre des éléments figurés du sang diminue.

Après la cessation des irradiations, la composition morphologique du sang s'améliore au bout de quelque temps (1 mois à 1 mois 1/2) ou revient même à l'état antérieur.

Dans les premières heures qui suivent l'irradiation, on constate, dans la plupart des cas, chez les malades tout comme chez les sujets bien portants, une série d'augmentations et de diminutions alternatives dans le taux des leucocytes, et cela surtout aux dépens des neutrophiles. Cette réaction leucocytaire n'évolue pas de la même façon chez tous les sujets (M. distingue à cet égard 3 types).

Au point de vue thérapeutique, l'irradiation de la rate dans les anémies spléniques du type Banti, dans la thrombopénie essentielle de Frank et dans l'ictère hémolytique reste pratiquement sans effet.

L. Cheinisse.

Prof. A. Bernstein (de Kiev). *Sur l'emploi du permanganate de potasse dans les empoisonnements par des préparations opiacées.* — Dans le fait rapporté par B., l'action du permanganate de potasse comme contre-poison de l'opium s'est montrée particulièrement efficace.

Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, qui, vers 10 heures du matin, avala, l'une après l'autre, 14 pilules d'opium, puis encore 5 pilules. Elle fut prise bientôt de vertiges et de somnolence. A 2 heures, pour hâter la mort, elle absorba environ 180 gr. de teinture d'opium. L'effet de cette dernière préparation se fit sentir déjà au bout de quelques minutes,

se traduisant par une céphalalgie violente, avec sensation de pesanteur dans les membres, et, peu après, sommeil profond. La patiente fut trouvée dans un état profondément comateux, avec respiration rare et stertoreuse, et cyanose des extrémités. On fit aussitôt un lavage de l'estomac et l'on injecta sous la peau de l'huile camphrée et 2 seringues (de 1 cmc?) de solution de permanganate de potasse à 1 pour 100, après quoi la malade fut amenée dans le service du professeur F. G. Yanovsky. Elle était toujours sans connaissance, avec un pouls arythmique à peine perceptible; le nombre des mouvements respiratoires était seulement de 5, 6 ou 7 à la minute, avec des arrêts qui atteignaient parfois 40 secondes; il existait de la cyanose, du myosis et c'est à peine si l'on percevait, à l'auscultation, les bruits du cœur. On injecta sous la peau 2 seringues d'huile camphrée et 2 seringues de solution de permanganate de potasse à 3 pour 100, puis de la caféine et 1 milligr. de sulfate d'atropine. L'état de la patiente empirant et paraissant presque désespéré, on pratiqua coup sur coup 6 injections sous-cutanées de permanganate de potasse à 3 pour 100 et l'on injecta dans les veines 2 seringues de la même solution. La malade commença alors à reprendre connaissance de temps à autre, et au bout de 1 heure on pouvait constater une amélioration nette. Le lendemain, elle restait encore somnolente, mais avait entièrement récupéré sa connaissance.

Tenant compte de la dose énorme d'opium qui avait été absorbée, de l'état désespéré dans lequel se trouvait la patiente, de l'échec de tous les moyens mis en œuvre, et de l'amélioration survenue seulement après injection de doses élevées de permanganate de potasse, B. estime que ce contre-poison a exercé, en l'espèce, une action remarquable.

Comme voie d'introduction du permanganate, B. serait porté à préférer l'injection intraveineuse à l'injection hypodermique. Mais il recommande aussi, toutes les fois que la chose est possible, l'ingestion d'une solution faible de permanganate de potasse (6 centigr. pour un verre d'eau, à répéter toutes les 30 minutes pendant toute la durée de l'état narcotique). L'emploi combiné de la voie buccale et de la voie intraveineuse lui paraît devoir fournir les meilleurs résultats. L. Cheinisse.

I. Svetchnikov (de Sébastopol). ***Un cas de coexistence de la fièvre récurrente, du typhus exanthématique et de la fièvre typhoïde.*** — Il s'agit d'un jeune soldat qui fut admis à l'hôpital avec une fièvre élevée, un léger ictère et une tuméfaction de la rate. L'examen du sang ayant décelé la présence de spirochètes d'Obermeier, on porta le diagnostic de fièvre récurrente. Au bout de 7 jours on vit se déclarer une éruption généralisée à tout le corps et l'on reconnut avoir affaire à un typhus exanthématique. Le lendemain, les taches éruptives se trouvaient transformées en véritables pétéchies qui ne tardèrent pas à pâlir et à s'effacer bientôt complètement. On pouvait s'attendre à la défervescence, mais la température, presque normale le matin, remontait le soir. On se demanda alors si l'on ne se trouvait pas en présence d'une troisième infection. Et, de fait, la séroréaction de Widal se montra positive pour la fièvre typhoïde au taux de 1 : 200. Pour plus de sûreté, on fit refaire le sérodiagnostic dans un autre laboratoire et l'on obtint un résultat positif avec une dilution à 1 : 250 (négatif pour les paratyphoïdes A et B).

Les trois infections ont évolué d'une façon très bénigne, sans provoquer la moindre complication.

L. Cheinisse.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

Tome XXXIII, n° 2, Février 1924.

B. J. Clawson. ***Analyse de 220 cas d'endocardite; étude spéciale de l'endocardite lente*** — Ces 220 cas d'endocardite relevés sur un total de 3.900 autopsies comprennent des valvulites guéries avec séquelles (64) et des cas d'inflammation valvulaire en activité qui peuvent se diviser en 2 groupes : endocardite simple ou verruqueuse, d'origine rhumatismale (9 cas), endocardites avec lésions plus villeuses des valvules, représentant les endocardites infectieuses. Ces 2 groupes diffèrent radicalement, tant anatomo-pathologiquement que cliniquement. Le premier est toujours associé en pratique au rhumatisme articulaire aigu ou à la chorée et se montre à titre primitif et assez précocement dans la vie. Il se caractérise par des végétations arrondies, lisses, de petite taille, qui semblent le résultat d'une inflammation à type proliferatif. Dans presque tous les cas, il y a coexistence de péricardite et de myocardite, celle-ci se traduisant par une forme presque spécifique de réaction inflammatoire (nodules d'Aschoff). Les embolies font défaut par suite de la consistance ferme des végétations. Les lésions sont confinées à l'endocarde des valvules. Les valvules, une fois lésées, deviennent plus aptes à la réinfection par le même virus ou par des bactéries, ordinairement des streptocoques. La rate n'est que peu augmentée de volume. La mort est rare pendant la période aiguë. Lorsqu'elle survient, elle est en général le fait de l'asystolie ou de la péricardite. Elle ne se produit que tardivement dans la vie, par suite de la décompensation cardiaque en général.

Le second groupe (132 cas) ne se laisse pas subdiviser aussi facilement anatomiquement qu'il peut l'être cliniquement. Ici, les végétations sont grosses, friables, constituées par des thrombus fibrineux, d'ordinaire farcis de bactéries, et tendent à envahir l'endocarde pariétal dans les formes prolongées. Les ulcérations des valves sont rares et le terme d'endocardite ulcéreuse doit être abandonné. La myocardite et la péricardite sont exceptionnelles. Les embolies sont communes et, dans les formes lentes, la glomérulo-néphrite embolique est de règle. Une endocardite rhumatismale ancienne joue un rôle prédisposant de premier ordre. La mort résulte le plus souvent de la faillite du cœur, bien que les symptômes circulatoires soient d'ordinaire effacés pendant longtemps. La meilleure classification est fournie par la clinique qui distingue des formes aiguës (60 cas) et des formes lentes (72 cas), qui répondent à la fois à la durée et à l'étiologie, les facteurs principaux lorsqu'il s'agit d'interpréter une endocardite. La présence du *streptococcus viridans* dans le sang indique une forme lente; celle du *streptococcus hemolyticus* ou du staphylocoque, une forme aiguë, mais cette règle n'a pas une valeur absolue, le streptocoque hémolytique pouvant être rencontré dans la forme lente; l'évolution aiguë ou lente de l'endocardite dépend plus de la virulence du germe que de son espèce. L'endocardite infectieuse aiguë peut être à son tour subdivisée en endocardite primaire ou secondaire, selon l'absence ou la présence d'un foyer infectieux déterminé. P.-L. Marie.

G. E. Brown et N. M. Keith. ***Volumes du sang et du plasma dans l'obésité.*** — Plusieurs auteurs ont montré déjà que les volumes du sang et du plasma étaient petits chez certains obèses. D'autre part, Rasmussen, comparant la masse du sang chez la marmotte juste avant et pendant l'hivernage, a trouvé qu'il y avait une diminution relative du volume du sang lorsqu'une quantité maximum de graisse avait été accumulée dans l'organisme.

Dans ce travail, B. et K., qui ont employé la méthode de Keith et Rowntree au rouge vital ou au rouge Congo, confirment d'abord que les volumes du sang et du plasma comparés au poids du corps sont moindres chez les obèses que chez les sujets normaux.

S'adressant ensuite aux obèses ayant perdu du poids à la suite d'un traitement approprié (régime restreint, exercice, administration de thyroïde), ils ont recherché si la diminution de poids entraînait des modifications plus ou moins constantes dans les volumes du sang et du plasma, dans le pourcentage de l'hémoglobine ou dans le nombre des globules rouges déterminé au moyen de l'hématocrite. Les résultats obtenus sont très variables. Dans 3 cas (sur 14), la réduction du poids fut suivie d'une dilution du sang, mais sans anémie concomitante. Une diminution ou une augmentation du volume total du sang peut se produire sans que le poids décroisse. Dans les cas de diminution accusée, B. et K. notèrent une anémie plus ou moins marquée.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL

(Baltimore)

Tome XXXV, n° 396, Février 1924.

C. R. Willson et F. A. Evans. ***Analyse des observations de 111 malades atteints d'anémie pernicieuse, traités à l'hôpital Johns Hopkins de 1918 à 1922*** — Parmi les notions qui se dégagent de l'analyse statistique de ces 111 cas, les suivantes méritent surtout d'être retenues.

Du point de vue étiologique, l'anémie pernicieuse est à peu près aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes, les premiers étant toutefois un peu plus souvent atteints. C'est une maladie de l'âge adulte, inconnue chez les enfants, rare dans la vieillesse, ayant son maximum de fréquence entre 40 et 60 ans. Elle est peu commune chez les noirs. Elle n'a guère de caractère familial. La tuberculose, le cancer ne figurent pas avec une fréquence spéciale dans les antécédents héréditaires. Ni le genre d'occupations, ni la situation sociale, ni les affections antérieures ne paraissent jouer de rôle prédisposant.

Il existe chez les malades un fonds commun de symptômes subjectifs : ce sont l'affaiblissement des forces, les troubles digestifs, les troubles sensitifs (fourmillements, engourdissement, etc.), siégeant aux extrémités, qu'on rencontre soit isolés, soit associés. Parmi les symptômes objectifs, il faut signaler l'atrophie des papilles linguales qui existe chez 44 p. 100 des malades; même si elle fait défaut, la langue est toujours propre, si bien qu'en présence d'un état saburral de la langue, le diagnostic clinique d'anémie pernicieuse doit être considéré comme douteux. La rate n'est palpable que dans 20 pour 100 des cas; elle peut parfois être perçue à 5 ou 6 cm. au-dessous du rebord costal. Le foie peut être senti à la palpation chez 33 pour 100 des malades, son bord inférieur descendant, dans certains cas, jusqu'à 5 ou 6 cm.

Les réflexes tendineux étaient diminués ou abolis chez 70 pour 100 des patients. Symptôme constamment présent chez ces malades, l'absence d'HCl libre dans le suc gastrique possède une valeur diagnostique de premier ordre; l'achylie gastrique complète n'est pas très commune, mais un faible taux d'acidité totale est de règle. Chez 29 pour 100 des patients, on relève une fièvre légère paraissant liée à l'anémie pernicieuse même. L'urobilinurie se rencontre chez 50 pour 100 des malades, à des analyses répétées.

Hématologiquement, l'anisocytose et la poïkilocytose sont constantes; la basophilie n'est pas très commune. L'élévation de la valeur globulaire ne manque jamais dans l'anémie pernicieuse. Bien que la leucocytose puisse être notée en présence d'une infection intercurrente, la leucopénie est une des caractéristiques hématologiques de l'affection. On constate parfois une éosinophilie marquée (de 10 à 17 pour 100 d'éosinophiles), mais le fait est plutôt rare et n'a pas d'intérêt pronostique. Il en est de même en ce qui concerne l'augmentation quelquefois notée des mononucléaires. Bien que les polynucléaires soient presque toujours diminués de nombre, on ne saurait se baser sur la constatation d'un pourcentage élevé de polynucléaires pour révoquer en doute le diagnostic d'anémie pernicieuse, mais il reste certain qu'un chiffre de polynucléaires se maintenant élevé rend le diagnostic peu vraisemblable. Les myélocytes, présents dans 35 pour 100 des cas, peuvent occasionnellement atteindre 10 p. 100.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Tome XLV, n° 9, 2 Mars 1924.

R. Dupérié et J. Belot (de Bordeaux). *Etude du fonctionnement du foie chez l'enfant au cours de la maladie sérique.* — Chez tous les sujets atteints de dipthérie d'intensité moyenne ou bénigne, les épreuves du fonctionnement hépatique n'ont, en dehors de la période des manifestations sériques, montré que rarement des signes d'insuffisance. Les cas dans lesquels la sérothérapie n'a pas provoqué de manifestations sériques n'ont montré, au cours de la période d'examen, aucun signe d'insuffisance hépatique.

Par contre, au cours des accidents sériques, des signes d'insuffisance hépatique ont pu être mis en évidence. Lorsque ces accidents ont été intenses, généralisés, hyperthermisants, les fonctions glycuroniques, uréogénétiques, protéopexiques ont fourni simultanément des épreuves d'insuffisance. Lorsque les accidents sériques ont été bénins, éphémères, les épreuves des fonctions hépatiques ont révélé des insuffisances dissociées.

Dans 2 cas où la sérothérapie fut instituée pour des séquelles tardives, des épreuves positives d'insuffisance hépatique ont également apparu en même temps que les accidents sériques.

On peut donc admettre qu'une insuffisance hépatique légère se produit au cours des accidents sériques, insuffisance passagère et le plus souvent sans expression clinique, mais d'autant plus accusée que les manifestations sériques sont plus intenses.

G. Schreiber.

N° 11, 16 Mars 1924.

Prof. J. Sabrazès. *Leucémie myéloïde chronique chez une femme âgée de 68 ans. Teneur élevée du sang en myéloblastes et granulobasocytes. Lignée granulobasocytaire radio- et benzol-résistante.* — Dans ce cas, déjà curieux par l'âge de la malade, S. attire l'attention sur certaines particularités de la formule leucocytaire. Le chiffre des leucocytes atteint 155 000. Dans leur pourcentage, il faut noter l'absence de lymphocytes et de monocytes, comme si toute l'hématopoièse était déviée vers la myéloplastie. A remarquer le nombre considérable des myéloblastes (23 pour 100) et des mastzellen ou granulobasocytes (43 pour 100).

Dans un autre cas de leucémie myéloïde chronique, observé par S. chez un homme âgé de plus de 50 ans, la teneur du sang en granulobasocytes ou mastzellen était également très élevée. Or, après la cure au benzol, associée à la radiothérapie, alors que le nombre des globules blancs était tombé de 400.000 à 10 000 et que la formule leucocytaire se rapprochait de la normale, du moins pour les autres éléments blancs, la production des mastzellen est toujours restée considérable (plus de 10 pour 100), même en portant les doses de benzol à 120 gouttes par jour et en intensifiant la radiothérapie. Cette lignée cellulaire n'a pu être ramenée à la normale par les agents thérapeutiques qui se sont montrés si actifs sur les autres lignées.

Il importe de tenir compte soigneusement de l'état de ces éléments dans l'étude de l'action des nouveaux agents thérapeutiques comme le thorium X.

L. Rivet.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE (Paris)

Tome I, n° 6, Décembre 1923.

H. Hermann et Gabriel Richard *Métabolisme basal et troubles endocriniens.* — H et R. estiment que la mesure du métabolisme basal a fourni des résultats dont la clinique endocrinienne a largement bénéficié. Après avoir exposé le *modus faciendi* pour l'épreuve du métabolisme basal, ils exposent les faits qu'ils ont rencontrés dans une étude entreprise depuis 2 ans sur une quarantaine de sujets atteints d'affections endocriniennes les plus diverses. Voici leurs conclusions.

A. Métabolisme basal et glande thyroïde. — Deux classes :

a) *Syndromes basedowiens.* — 1° Le métabolisme basal constitue un moyen d'investigation de premier ordre. Dans les cas confirmés, les auteurs trouvent une élévation moyenne des échanges de 61 pour 100 environ, légèrement inférieure à celle indiquée par Marcel Labbé qui atteint 75 pour 100.

2° Le métabolisme basal, contrairement à la version de Woodbury, fournit des renseignements dans les formes légères pour lesquelles la déviation glandulaire ne peut être uniquement que soupçonnée.

3° L'étude du quotient respiratoire (Q. R.) ne donne que des renseignements inconstants. Dans un nombre important de syndromes basedowiens on a trouvé un Q. R. *faible*, indiquant une augmentation du métabolisme portant surtout sur les graisses et les matières albuminoïdes.

4° L'injection intramusculaire de 1 gr. d'extrait frais de corps thyroïde chez le basedowien et dans les heures qui suivent l'injection donne un résultat d'apparence paradoxal : le métabolisme basal primitivement augmenté est passagèrement ramené à la normale et tombe même quelquefois au-dessous. Ici on doit noter la concordance qui existe chez le basedowien avec la sensation de calme qu'il ressent après l'injection test d'extrait thyroïdien.

5° Chez plusieurs basedowiennes pour qui un trouble ovarien semblait avoir déclenché l'apparition du syndrome, on retrouve le même redressement du métabolisme basal obtenu par l'injection d'extrait d'ovaire.

6° Le métabolisme basal peut constituer une méthode de contrôle intéressante du traitement; c'est ainsi qu'on peut noter l'abaissement progressif des échanges par l'usage régulier des médications antithyroïdiennes.

b) *Insuffisances thyroïdiennes.* — 1° Le taux des échanges est notamment diminué chez le myxœdémateux complet.

2° Il ne semble pas qu'il y ait une relation quantitative entre le degré d'abaissement du métabolisme basal et le taux de déficience thyroïdienne.

3° L'injection de 1 gr. d'extrait thyroïdien relève dans les heures qui suivent le métabolisme basal.

4° L'institution d'un traitement opothérapique relève le métabolisme basal, mais cette augmentation se fait suivant un rythme spécial : rapide au début, il se ralentit et atteint un maximum qu'il ne dépasse plus.

B. Métabolisme basal et surrénales. — Ici la question du rôle que jouent les surrénales dans les échanges n'est pas encore élucidée : toutefois il semble que l'observation tendrait à confirmer l'opinion de Gradinescu : la suppression fonctionnelle ou anatomique des surrénales diminue les échanges et le métabolisme basal; il y aurait élévation du métabolisme basal par injection d'adrénaline (J. Sandiford).

C. Métabolisme basal et hypophyse. — Mêmes incertitudes que pour les surrénales. Dans un cas, les auteurs ont pu relever le métabolisme basal par une injection d'hypophyse sans toutefois pouvoir affirmer qu'il faille attribuer ce relèvement à l'hypophyse seule.

D. Métabolisme basal et glandes génitales. — Ici, encore incertitudes.

1° *Testicules.* — Les auteurs ont obtenu une augmentation du métabolisme basal.

2° *Ovaires.* — Le fait de ramener à la normale le métabolisme basal chez des malades atteintes de Basedow tend à faire émettre des hypothèses sur le rôle de déviation ou le redressement de la fonction thyroïdienne par l'ovaire.

E. Métabolisme basal et pancréas. — La recherche du métabolisme basal chez un paludéen atteint de diabète maigre avec grosse glycosurie a montré une élévation du métabolisme basal avec un Q. R. faible, ce qui indique une combustion intense des hydrates de carbone. Si l'on recherche l'énergie rapportée au kilogr.-heure on constate que celle-ci est plus forte que celle du métabolisme basal Il semble donc établi que pour des cas semblables il y ait lieu de compléter l'indication du métabolisme basal par celle de l'énergie dépensée par kilogr.-heure.

Les conclusions générales des auteurs sont enfin les suivantes :

1° La détermination du métabolisme basal est la méthode de choix pour déterminer l'existence et le degré des troubles thyroïdiens.

2° Pour les autres glandes, l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de considérer le métabolisme basal comme moyen de disgnostic.

3° Les causes susceptibles de modifier les résultats du métabolisme basal sont nombreuses ; il est donc nécessaire d'utiliser cette méthode en l'appliquant avec toute la rigueur d'une expérience physiologique.

Marcel Laemmer.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Tome L, n° 11, 14 Mars 1924.

H. Dold. *Etat actuel de l'immunisation active contre la diphtérie selon la méthode de Behring.* — Les travaux modernes ont établi que la diphtérie représente la résultante, d'une part, de la toxicité des bacilles infectants; d'autre part, de la résistance que confère au sujet l'antitoxine naturelle qu'il possède. D'où la variabilité de l'expression clinique de la maladie. Renforcer cette antitoxine par l'apport d'antitoxine empruntée au cheval est le but de la sérothérapie. Mais si cette dernière jouit d'une valeur curative aujourd'hui reconnue par tous, elle présente du point de vue de la prophylaxie divers désavantages : courte durée de l'immunité passive obtenue, dépense élevée, risques, d'ailleurs exagérés, de l'anaphylaxie. D'autre part, les méthodes ayant pour objet le dépistage, la séquestration plus ou moins prolongée des porteurs de germes n'ont qu'une faible portée dans la prophylaxie, étant donné la difficulté des enquêtes épidémiologiques, l'insuffisance des moyens d'action sur les porteurs, rebelles pendant des mois à toute médication.

Aussi serait-il très souhaitable d'arriver à obtenir une immunisation active, de longue durée, des sujets sensibles à la diphtérie, des enfants en particulier. Behring s'est donné à cette tâche. Il utilisa d'abord un mélange de toxine et d'antitoxine renfermant un excès de toxine, c'est-à-dire provoquant encore une certaine réaction locale de la peau chez le cobaye. Ce sont les préparations TA. VI et TA. VII qu'il injectait dans le derme, à raison de 2 inoculations faites à 15 jours d'intervalle. Actuellement, il existe 3 types de mélanges : sous-neutralisés, neutralisés et hyperneutralisés (TA. I et TA. II de Bieber et TA d'Opitz et Löwenstein) qui s'injectent sous la peau à la dose de 0 cmc 5 et de 0 cmc 3 chez les sujets délicats. Plus l'hyperneutralisation est forte et moins sont accentuées les réactions locales, mais l'immunité s'obtient plus tardivement et est moins forte; c'est ainsi qu'avec TA. VI et TA. VII elle est déjà appréciable au bout de 8 jours, tandis qu'elle réclame de 4 à 8 semaines avec TA. I. L'acquisition de l'immunité se réalise d'autant mieux que les vaccinations sont répétées ; en Allemagne, on se contente de 2 injections, mais les Américains en pratiquent 3, ce qui a permis d'obtenir l'immunité chez 95 pour 100 des vaccinés. Les injections n'occasionnent aucune réaction fâcheuse; elles sont très bien supportées en particulier par les tout jeunes ; chez les sujets plus âgés on observe parfois des réactions locales et générales peu durables. Il n'existe pas de phase négative accroissant la sensibilité à l'égard de la diphtérie.

Quant au choix des sujets à immuniser, les Américains se basent sur la réaction de Schick pour l'effectuer ; ils vaccinent tous les sujets présentant une réaction positive, indiquant la réceptivité à l'égard de la diphtérie. Les Allemands vaccinent systématiquement tous les jeunes enfants appartenant par leur âge aux classes de sujets les plus réceptifs

La valeur de la vaccination est attestée par l'expérimentation et par les résultats obtenus chez l'homme où, après 2 inoculations, Bieber a constaté sans exception chez 100 sujets la production, au bout de 3 semaines, d'au moins 1/20 d'unité antitoxique par cmc de sérum, quantité suffisante pour mettre à l'abri d'une diphtérie de moyenne intensité. L'immunité

vaccinale est très persistante : elle durait encore au bout de 4 ans chez 90 pour 100 des enfants vaccinés par Park. P.-L. Marie.

A. Bingel. *Disparition d'une polyglobulie et régression d'une masculinisation après ablation d'une tumeur de l'ovaire formée de cellules à lutéine.* — Il s'agit d'une femme de 47 ans, mère de 4 enfants, qui, à 35 ans, à la suite d'une violente frayeur, avait eu une suspension brusque des règles, mais qui, depuis quelques semaines déjà, remarquait que ses cheveux tombaient abondamment, tandis que son corps, surtout au niveau de la poitrine et du ventre, se couvrait de poils et que se développaient une barbe et une moustache l'obligeant à se raser quotidiennement. Peu à peu son cou avait augmenté de volume, le visage avait pris une teinte rouge violacée et l'appétit sexuel, faible jusque-là, s'était accru. Puis vers 40 ans, apparurent des douleurs dans le bas-ventre. Malgré l'absence de pertes sanguines, on diagnostiqua un fibrome utérin, mais du sucre ayant été trouvé dans l'urine, la malade fut mise en observation. Le type masculin était très accusé ; elle ressemblait à un vieux buveur avec son teint coloré, ses cheveux éclaircis, ses veines développées. La voix était féminine; la thyroïde volumineuse. La pression artérielle était normale. Il existait une polyglobulie accusée (8.900.000 hématies avec 130 d'hémoglobine). La glycosurie disparut vite avec le régime.

L'opération montra, outre un gros fibromyome utérin, une tumeur de l'ovaire droit, du volume d'une mandarine, jaune orange, ferme, où toute trace de tissu ovarien normal avait disparu et qui était constituée par des cellules à contours imprécis, à noyaux vésiculeux, à cytoplasme bourré de granulations éosinophiles, ressemblant aux cellules à lutéine du corps jaune, sans caractères de malignité. L'autre ovaire était scléreux et dépourvu de follicules.

Fait curieux, la polyglobulie disparut très vite après l'opération. La malade, qui était obèse, perdit 11 kilogr. Revue 3 ans après, elle avait repris le type féminin; ses traits s'étaient affinés ; le teint était normal; la chevelure avait repoussé ; les poils du corps et du visage, moins abondants, ne nécessitaient plus le rasoir que 2 fois par semaine ; les veines avaient repris des dimensions normales ; la polyglobulie n'avait pas reparu.

En dehors de la masculinisation et de sa régression post-opératoire, les traits remarquables de cette observation sont d'abord l'absence de pertes sanguines malgré l'existence d'un fibrome, absence qui paraît attribuable à la tumeur ovarienne se comportant comme un corps jaune en suspendant la menstruation et les métrorragies ; ensuite, la polyglobulie qui, à l'inverse des polyglobulies habituelles, ne s'accompagnait ni de leucocytose ni de polynucléose, et dont la rapide disparition indique une relation plus ou moins directe avec les modifications pathologiques de l'ovaire. P.-L. Marie.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Tome III, n° 12, 18 Mars 1924.

B. Mendel, A. Wittgenstein et E. Wolffenstein (de Berlin). *Sur l'application perlinguale de l'insuline* (1er mémoire). — Il y a quelque temps, F. Mendel (d'Essen) a attiré l'attention sur une nouvelle méthode d'emploi parentéral de médicaments, basée sur ce fait que nombre de substances médicamenteuses, lorsqu'on les laisse se répandre dans la bouche, sont absorbées par la muqueuse du dos de la langue et pénètrent ainsi directement dans le torrent circulatoire, sans passer par le tube digestif. Cette voie d'introduction buccale et cependant parentérale est désignée par F. Mendel sous le nom *d'application perlinguale* des médicaments.

On comprend l'intérêt que présente cette méthode pour l'emploi d'un médicament comme l'insuline, qui est destiné à un usage prolongé, mais qui, administré par voie stomacale, reste sans effet.

Aussi B. M. et ses collaborateurs ont-ils institué une série d'essais sur ce mode d'emploi de l'insuline d'abord chez les animaux. Mais, comme cette expérimentation est particulièrement malaisée chez l'animal et comporte une perte considérable d'insuline, des essais analogues furent ensuite entrepris chez l'homme.

Ils ont porté d'abord sur des sujets à métabolisme normal. Après 15 heures de jeûne, on faisait une première évaluation du taux du sucre sanguin; puis, on administrait par voie perlinguale 45 unités cliniques d'insuline. En procédant ensuite à des déterminati[illegible] de la teneur du sang en sucre, répétées à 1 heure 1/2 d'intervalle, on pouvait constater un abaissement caractéristique, dont le maximum, noté au bout de 1 heure 1/2, correspondait à 35 pour 100.

Une forte hypoglycémie à la suite de l'emploi perlingual de l'insuline fut également constatée chez 2 diabétiques. L'action sur la glycosurie ne fut pas moins nette.

B. M. et ses collaborateurs sont actuellement occupés à élaborer une préparation qui se prêterait facilement à la voie perlinguale et à en établir la posologie. L. Cheinisse.

N° 14, 1er Avril 1924.

F. Ch Geller (de Breslau). *L'action des rayons de Röntgen sur les jeunes organismes.* — Les rayons de Röntgen peuvent exercer sur les jeunes animaux soit une action favorisant le développement, soit une action contraire. L'effet dépend de facteurs multiples. C'est ainsi qu'à doses faibles les rayons excitent la croissance et le développement, tandis que les doses élevées agissent dans le sens contraire. L'âge de l'animal joue également un rôle important : plus l'animal est jeune, plus aussi il est sensible aux radiations d'une manière générale (les ovaires font exception à cette règle). Il faut également compter avec le lieu d'application, c'est-à-dire avec le rôle physiologique des organes irradiés : l'effet général semble proportionné à l'importance vitale plus ou moins grande des organes qui se trouvent dans le champ de l'irradiation. Cet effet général est particulièrement intense lorsque l'irradiation porte sur les glandes endocrines.

En expérimentant sur des lapins âgés de 11 à 15 semaines et n'ayant pas encore atteint la maturité sexuelle, Geller a constaté qu'une irradiation des ovaires à faibles doses (de 20 à 30 pour 100 de la dose cutanée) favorise le développement de l'utérus et l'augmentation du poids, et entrave, par contre, la croissance en longueur. Aux mêmes doses, l'irradiation de l'utérus favorise aussi son développement, mais reste sans influence sur le développement général. Une irradiation plus faible encore (10 p. 100 de la dose cutanée) des ovaires n'exerce aucune action sur l'augmentation du poids et de la taille. A doses fortes (50 pour 100 de la dose cutanée), l'irradiation de l'ovaire produit une action inhibitrice sur l'augmentation du poids et sur la croissance de la taille. L. Cheinisse.

Prof. R. Seyderhelm (de Gœttingue). *Le rôle de l'intestin grêle dans la genèse de l'anémie pernicieuse.* — On sait que certains auteurs, notamment dans les pays scandinaves (Kund Faber, Tallquist, etc.), attribuent à l'anémie pernicieuse de Biermer une origine intestinale. A l'appui de cette conception, S. apporte des considérations nouvelles.

Au Congrès allemand de médecine interne, tenu à Wiesbaden en 1921, il avait communiqué 2 cas d'anémie pernicieuse, dans lesquels on avait vu se produire une amélioration aussitôt après la création d'un anus contre nature au niveau de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle (exclusion du gros intestin), tandis qu'après occlusion de cette fistule intestinale il se produisit une rechute qui aboutit rapidement à l'issue fatale.

Depuis lors, d'autres observations analogues ont été rapportées, et, pour sa part, S. compte actuellement 10 cas personnels d'anémie de Biermer avec anus contre nature opératoirement établi.

A première vue, ces faits semblent confirmer l'idée qui était à la base de cette intervention opératoire, à savoir que c'est le *gros intestin* qui représente la source des toxines dont relève l'anémie pernicieuse. Mais, en examinant les choses de plus près, on arrive à une tout autre conclusion.

Toutes les fois que, dans un cas d'anémie pernicieuse, on établit un anus contre nature à environ 10 ou 20 cm. au-dessus de la valvule de Bauhin, on remarque que, pendant les premières 24 heures, il s'écoule un liquide brunâtre qui, par son aspect, par son odeur fécaloïde et par sa flore microbienne, ne se distingue en rien des matières du gros intestin.

Dans les cas où l'anémie s'améliore rapidement à la suite de l'opération, cet état de choses change en l'espace de 1 à 2 jours : le liquide qui s'écoule par la fistule intestinale devient d'une couleur plus claire, jaunâtre, l'odeur fécaloïde disparait complètement, et surtout la flore microbienne se modifie (le nombre des bactéries diminue rapidement, les colibacilles, auparavant très nombreux, tendent à disparaître). Par contre, là où la création d'un anus contre nature n'amène aucune amélioration dans le tableau clinique général, aucun changement ne se produit dans le caractère des matières.

Ainsi donc, dans l'anémie pernicieuse, l'intestin grêle se trouve envahi par une flore microbienne qui lui est normalement étrangère et qui est propre au gros intestin : bactériologiquement, l'intestin grêle est devenu « gros intestin ».

A la suite de l'exclusion opératoire du gros intestin, on voit tantôt se produire une sorte de nettoyage spontané, d'auto-stérilisation de l'intestin grêle et, parallèlement, l'état général s'améliorer; tantôt cette amélioration, au contraire, fait défaut, si l'intestin grêle garde le caractère bactériologique du gros intestin. L. Cheinisse.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Vienne)

Tome XXXVII, n° 9, 28 Février 1924.

F. Gerlach. *Un cas de fièvre aphteuse chez l'homme. La valeur de l'inoculation au cobaye pour le diagnostic.* — L'identification de la fièvre aphteuse est toujours difficile et souvent sujette à caution. Cependant Bayer a pu transmettre artificiellement la maladie de l'animal à l'homme, et Bertarelli, inversement, a réussi une fois l'inoculation de l'homme au bœuf. La fièvre aphteuse existe donc chez l'homme. Elle s'y manifeste par des vésicules buccales, par des vésicules au niveau des doigts et des orteils, par une poussée fébrile, de courte durée; et, dans les cas sévères, par de la défaillance myocardique.

G. a vu la fièvre aphteuse chez sa propre fille, âgée de 5 ans 1/2, qui, au cours d'une excursion à la campagne, le 8 Juillet 1923, avait pris dans une ferme un repas de laitage, et chez qui apparurent, le 10 Juillet, de violentes douleurs de tête, des courbatures avec fièvre à 38°6; puis, le lendemain, une stomatite intense avec vésicules de tailles et de dispositions variables, disséminées sur les lèvres, sur les joues, sur la langue, sur le palais et sur le voile du palais, salivation, parole difficile, alimentation presque impossible. Le pharynx lui-même était enflammé. Il y avait de la diarrhée; la température atteignait 39°4. Dans les jours suivants, la température tomba à 37°9; quelques vésicules nouvelles apparurent encore sur la muqueuse buccale, puis au pourtour des ongles des doigts et enfin au gros orteil. Mais rapidement tous les symptômes s'amendèrent, et la guérison était complète le 20 Juillet.

L'origine de l'infection resta indéterminée. Il n'y avait pas de fièvre aphteuse dans la ferme où l'enfant avait pris son repas. Mais un médecin de la région avait vu 3 ou 6 semaines auparavant 2 cas de fièvre aphteuse chez un enfant de 2 ans et chez une femme de 45 ans. Des essais d inoculation du contenu des vésicules de la petite malade sur la muqueuse buccale d'un bœuf échouèrent. Mais le bœuf inoculé restait également réfractaire à l'inoculation de fièvre aphteuse bovine légitime. Par contre, sur 4 cobayes qui furent inoculés par scarification à la patte, avec une goutte du contenu des vésicules aphteuses de l'enfant, 3 présentèrent au bout de 18 heures une réaction inflammatoire de la patte inoculée, puis, 24 heures après, des vésicules, d'abord en ce point, puis sur la langue et sur le palais. Un des cobayes succomba même avec des phénomènes de rhinite et de conjonctivite purulentes et un amaigrissement intense. L'inoculation au cobaye pourrait donc être utilisée pour le diagnostic de la fièvre aphteuse en pathologie humaine. J. Mouzon.

N° 10, 6 Mars 1924.

W. F. Petersen et R. Hermann Jaffé (de Chicago). *La perméabilité cellulaire en pathologie et en thérapeutique.* — P. et J. attachent une importance considérable à la perméabilité cellulaire dans la pathogénie des maladies. La cellule au repos est imperméable, et elle devient perméable quand elle entre en activité. Or, l'augmentation de la perméabilité produite par l'irritation morbide des cellules permet l invasion de ces dernières par les substances toxiques. Quand il s'agit des cellules des endothéliums vasculaires, le fait est d'une importance toute particulière puisqu'il permet l'attaque des cellules

parenchymateuses elles-mêmes. Aussi y a-t-il un intérêt thérapeutique capital à trouver les moyens de renforcer la perméabilité cellulaire.

C'est dans cet esprit que P. et J. ont institué leurs expériences. Ils ont pratiqué, sous anesthésie locale, des fistules du canal thoracique chez des chiens de taille moyenne, et ils ont fait porter leur étude sur la quantité de lymphe obtenue, sur sa richesse en albumine, en globuline, en pseudo-globuline, en sérine, en fibrinogène, en ferments protéolytiques; quelquefois aussi ils ont recherché les pigments biliaires, la réserve alcaline et la conductibilité électrique. D'autre part, ils ont injecté dans les veines une solution pure d'hémoglobine de chien, pour étudier le moment où cette hémoglobine apparaissait dans la lymphe Chez les chiens normaux, ce temps était de 15 minutes environ.

Le shock anaphylactique produit une augmentation de l'écoulement de la lymphe, de l'azote total, de la proportion des globulines, avec retard de la coagulation, le tout pendant 1 heure environ. Dans les shocks intenses, on retrouve en outre le passage de ferments protéolytiques dans la lymphe. Dans les shocks mortels, il y a diminution des globulines : les ferments protéolytiques des cellules hépatiques ont envahi la circulation en quantité suffisante pour détruire les grosses molécules albuminoïdes. On note souvent l'apparition de globules rouges dans la lymphe, l'augmentation du glucose et des phosphates, la présence de bilirubine. Enfin le passage de l'hémoglobine injectée est accéléré, 5 minutes au lieu de 15. Si, avant l'injection déchaînante, on injecte une suspension de fer colloïdal, les manifestations du shock sont masquées. Il y a une sorte de « blocus des endothéliums » (Aschoff). Si, d'autre part, on injecte dans la veine porte 10 cmc d'une émulsion d'éther de pétrole dans le sérum de chien, on réalise une sorte de « blocus de la veine porte ». Il y a alors aussitôt augmentation de la quantité de lymphe et diminution du fibrinogène sans modification des autres éléments. Au bout d'un quart d'heure seulement on voit apparaître des manifestations analogues à celles qui accompagnent le shock, mais sans altération de la coagulabilité.

Les injections de peptone réalisent des effets analogues à ceux du shock anaphylactique. Mais, tandis que les modifications sont passagères après les petites doses, les fortes doses donnent lieu, après la crise lymphagogue primaire, à une crise secondaire qui est accompagnée d'élimination abondante de grosses molécules albuminoïdes, et qui est sans doute le fait des lésions produites dans les cellules hépatiques et peut-être dans les cellules intestinales. Ce fait donne à penser que l'effet des injections de peptone au point de vue thérapeutique peut être variable selon l'état antérieur des cellules viscérales, et qu'elles risquent parfois d'entraîner des accidents.

Les effets de l'adrénaline sont intéressants, car, après une phase d'action lymphagogue, on voit se manifester au contraire une diminution de perméabilité : le passage de l'hémoglobine se trouve retardé. Cette deuxième phase est la plus importante avec les petites doses d'adrénaline, et elle explique peut-être l'action utile de cette dernière dans l'asthme, dans les œdèmes de Quincke, dans le shock chirurgical ou dans celui des brûlés.

L'étude de la perméabilité cellulaire pendant la cure arsenicale est intéressante, parce qu'elle pourrait peut-être fournir des indications sur le mécanisme de l'accroissement de poids. Or l'injection de liqueur de Fowler dans les veines des chiens produit, dans une phase secondaire, une diminution de perméabilité cellulaire.

Les injections salines n'agissent pas seulement par osmose. mais aussi par modification de la perméabilité cellulaire. Chez le chien normal, le passage, dans la lymphe, de l'hémoglobine injectée dans le sang est retardé après injection de sel. P. et J. étudient également, à cet égard, l'action des iodures, celle des sérums animaux, celle de la tuberculine. L'action favorable de cette dernière, à très faibles doses, est peut-être due, comme l'avait vu Meyer-Bisch, à la diminution de perméabilité cellulaire à laquelle elle donne lieu chez les animaux sains. Mais, chez les animaux tuberculeux, cette action n'est pas constante, et, dans certains cas, il y a au contraire, même avec des doses minimes, augmentation de la perméabilité cellulaire, comme dans le shock. Ces derniers cas répondent aux effets néfastes de la tuberculine en clinique.

A côté des états morbides dans lesquels il y a lieu de rechercher une diminution de perméabilité cellulaire, il est des circonstances où il peut être indiqué de rechercher au contraire une perméabilité accrue. C'est, par exemple, à cette fin qu'Osaka a proposé d'associer la peptone à l'antitoxine diphtérique : la grosse molécule de cette dernière pénétrerait ainsi plus facilement dans les cellules.

J. Mouzon.

N° 11, 13 Mars 1924.

O. Grasser. ***Traitement de la pustule maligne au moyen d'injections intraveineuses de néosalvarsan.*** — La pustule maligne est devenue beaucoup moins rare qu'avant la guerre. G. en a observé, de 1918 à 1924, 54 cas : 41 hommes et 13 femmes. Il n'a vu que des localisations cutanées : principalement à l'avant-bras, à la main, à la face, plus rarement aux pieds, chez les paysans qui se servent de leurs pieds pour dépecer les bêtes à cornes. G. traite toutes les pustules malignes par le néosalvarsan. Le premier sujet sur lequel il fit l'essai était un paysan, chez qui l'infection, issue de la main gauche et du coude une dizaine de jours auparavant, avait envahi l'aisselle, le thorax, le dos, le cou. L'état général était mauvais ; la situation paraissait désespérée. G. ne tenta aucun traitement chirurgical, car ce dernier ne peut être utile que tout au début. Mais il pratiqua une injection intraveineuse de 0,90 de néosalvarsan. Deux ou trois jours après, le malade revint à pied à la salle de pansement, déjà très amélioré, et, une semaine après, il était guéri. Un an plus tard, il ne restait qu'une cicatrice à la main et une rétraction cicatricielle du coude. Depuis lors, sur les 54 cas traités, G. n'a eu que 4 morts : un moribond, qui mourut le jour de son entrée à l'hôpital, deux cas d'infection générale et un de pneumonie ; la mort survint, dans ces 3 derniers cas, entre le premier jour de traitement et le cinquième. Les 50 autres cas guérirent. Le traitement consiste, dès le diagnostic posé, en une injection de 0 gr. 60 de néosalvarsan intraveineuse, ou même de 0 gr. 45 dans les cas très légers. Souvent l'injection est suivie d'un frisson, d'une élévation de température de 38°5 à 40°, et d'une crise sudorale. Puis la température tombe, en 3 ou 4 jours au plus, pendant que les phénomènes locaux disparaissent. Dans les cas légers, une injection unique suffit. Dans les cas graves, il faut 2 ou 3 injections, à 2 jours d'intervalle. Parfois, surtout à la face, le résultat local a besoin d'être complété par des opérations plastiques ultérieures.

G. donne des photographies démonstratives en faveur du traitement qu'il préconise, et qu'il souhaiterait de voir étendre à la thérapeutique vétérinaire, car il lui paraît égal au traitement sérothérapique, sinon supérieur, — et plus facile à appliquer en pratique.

J. Mouzon.

Hermann Swoboda. ***Cancer familial avec périodicité de sept ans.*** — S. soutient qu'il existe un rythme septennal, qui joue un rôle considérable dans la vie humaine, et en particulier dans l'hérédité. C'est ainsi qu'il a recueilli des observations de plusieurs familles de cancéreux, dans lesquelles les sujets atteints étaient nés à sept ans d'intervalle. Dans une de ces familles, la règle s'observe pour sept cas de cancers. Le présent article relate une nouvelle observation de cet ordre. Sur les 8 enfants qui constituent la famille, 3 furent atteints de cancer : le 3e, le 6e et le 8e. Or le 3e était né en Décembre 1841, le 6e en Juillet 1849, et le 8e en Juin 1856. Il y avait 7 ans et 9 mois d'intervalle entre le 3e et le 6e, 7 ans moins 13 jours entre le 6e et le 8e. S. est persuadé qu'on trouverait un grand nombre de faits du même ordre, si l'on dressait des arbres généalogiques étendus avec des dates de naissances précises. Sa « loi des sept ans » permettrait de compléter les lois de l'hérédité mendélienne.

J. Mouzon.

THE CALCUTTA MEDICAL JOURNAL

(Calcutta)

Tome XVIII, n° 5, Novembre 1923.

Ganapati Panja. ***Sur la leucodermie.*** — Le terme leucodermie s'applique aux hypochromies cutanées acquises. Une des variétés les plus importantes est le vitiligo. Cette affection, qui n'est pas héréditaire, est très fréquente dans l'Inde ; elle apparaît souvent dans l'enfance et frappe surtout la race hindoue proprement dite plutôt que les races musulmanes.

L'étiologie du vitiligo est très mal connue. Tantôt il survient sans cause apparente, tantôt il se produit à la suite d'un traumatisme, de pressions ou de frottements prolongés, de brûlures, de la gale, de cicatrices diverses, d'irritation par une plaque de trichophytie. Parfois, il s'associe à certaines affections, typhoïde, peste, dysenterie amibienne, et surtout syphilis, tabes, maladie de Basedow. Beaucoup de malades de G. présentaient de l'helminthiase intestinale.

L'anatomie pathologique montre la disparition presque absolue du pigment cutané ou mélanine dans les taches leucodermiques, son abondance, au contraire, dans les régions pigmentées, mais n'apprend que peu de choses sur la pathogénie des lésions. Pour diverses raisons, l'hypothèse d'une destruction locale du pigment dès sa formation est insoutenable ; il faut donc admettre qu'il y a cessation de la formation du pigment. Celle-ci peut résulter soit de la destruction des mélanoblastes, mais cette éventualité est controuvée par les examens histologiques, soit d'une défaillance dans la fonction des mélanoblastes, en particulier dans la sécrétion de l'oxydase analogue à la tyrosinase qui transforme en mélanine le chromogène constitué par des aminoacides aromatiques. Cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable; elle s'appuie sur des faits analogues observés dans les leucodermies de la syphilis, de la lèpre, des trichophyties et sur les résultats obtenus avec certains médicaments qui paraissent posséder une action stimulante spécifique sur les mélanoblastes. Il se peut aussi qu'un déficit dans les aminoacides qui forment la mélanine intervienne. G. admet que cette défaillance de la fonction des mélanoblastes est sous la dépendance d'une intoxication générale; il rejette l'origine endocrinienne et la théorie de la trophonévrose.

Le diagnostic se pose avec les taches achromiques coexistant avec des nappes pigmentées qu'on voit au cours de la lèpre, mais il existe ici des troubles nets de la sensibilité, avec la morphée de la sclérodermie et les brûlures, qui s'accompagnent d'altérations de la peau, avec les trichophyties, avec la syphilis pigmentaire du cou, et, dans les formes généralisées, avec l'albinisme qui est congénital.

Le traitement est très ingrat; toutefois, G. préconise les applications locales d'huile de « bouchi » qui semble exciter les mélanoblastes. On traitera la syphilis si elle existe; de même, l'amibiase, et G. a observé des guérisons après la cure d'émétine.

P.-L. Marie.

VESTNIK RŒNTGENOLOGUII I RADIOLOGUII

(Pétrograd)

Tome II, fasc. 3-4, Janvier 1924.

I. Louguenbourg (de Pétrograd). ***Les tumeurs de l'hypophyse et leur traitement par l'énergie radiante.*** — Le présent travail est basé sur 4 cas (3 femmes et 1 homme) de tumeur de l'hypophyse, observés dans le service clinique de l'Institut de rœntgenologie et radiologie de Pétrograd, dirigé par le professeur M. I. Néménov.

Les irradiations de l'hypophyse et des glandes génitales, combinées avec la radiumthérapie, ont donné des résultats favorables, notamment dans les 3 premiers cas, où le traitement a eu pour effet d'atténuer considérablement les troubles de la vue, d'amener la disparition des céphalalgies, de relever l'état général et les fonctions sexuelles.

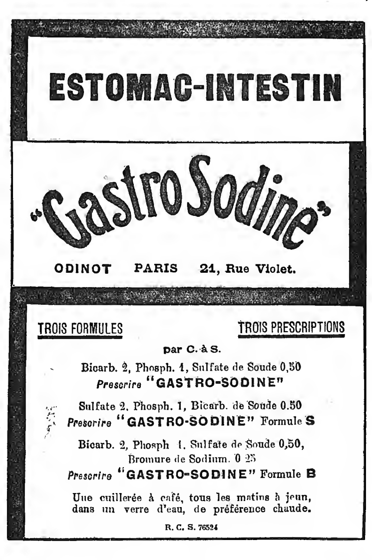
Les résultats ainsi obtenus ne sont pas inférieurs à ceux qu'aurait pu fournir une opération bien réussie. Aussi convient-il de n'intervenir opératoirement qu'en cas d'échec de la radiothérapie. Celle-ci doit être combinée avec la curiethérapie.

Comme il s'agit d'une affection pluriglandulaire, il y a lieu de faire porter l'action des radiations non seulement sur l'hypophyse, mais encore sur les autres glandes endocrines intéressées.

L. Cheinisse.

I. A. Oksénov (de Pétrograd). ***Contribution à l'étude de la fonction motrice de l'estomac.*** — Les recherches de Holzknecht et Sgalitzer ont montré que la papavérine peut être utilisée pour le diagnostic radioscopique différentiel des spasmes et des rétrécissements pyloriques, au même titre que l'atropine: si l'on fait absorber au malade, avant l'examen radioscopique, une bouillie de bismuth additionnée de chlorhydrate de papavérine, et que l'on ait soin de


ANÉMIE
LYMPHATISME
CHLOROSE
TUBERCULOSE
"Calciline"
RECALCIFICATION
REMINÉRALISATION
COMPRIMÉS GRANULÉ
aux Sels Calcaires Fluorés.
ADRÉNALINÉE MÉTHYLARSINÉE
en granulé seulement.
Pos : 2 comprimés ou une mesure
dans un peu d'eau avant chaque repas.
Enfants 1/2 dose.
R C S. 76526
ODINOT 21. Rue Violet PARIS
Prescrire : Cal-ci-li-ne


ESTOMAC-INTESTIN
"Gastro Sodine"
ODINOT PARIS 21, Rue Violet.
TROIS FORMULES TROIS PRESCRIPTIONS
par C. à S.
Bicarb. 2, Phosph. 1, Sulfate de Soude 0,50
Prescrire "GASTRO-SODINE"
Sulfate 2, Phosph. 1, Bicarb. de Soude 0.50
Prescrire "GASTRO-SODINE" Formule S
Bicarb. 2, Phosph. 1, Sulfate de Soude 0,50,
Bromure de Sodium. 0 25
Prescrire "GASTRO-SODINE" Formule B
Une cuillerée à café, tous les matins à jeun,
dans un verre d'eau, de préférence chaude.
R. C. S. 76524


PLASMA OXY-ORGANO
OMNIUM
NUTRITIONIS
MORBORUM
CYTOSAL
THERAPIA
OMNIPOTENS
POLYMINÉRALISÉ

déterminer la durée de la période d'expulsion avant et après l'épreuve, on constate que, là où l'on a affaire à un spasme pylorique, celui-ci disparaît sous l'influence de la papavérine, de sorte que le contenu gastrique peut être évacué plus promptement.

C'est à l'aide de la papavérine et de l'atropine que O. s'est appliqué à étudier la fonction motrice de l'estomac chez 45 malades, dont plus de la moitié (24) présentaient une insuffisance motrice.

La motricité de l'estomac est la résultante de facteurs multiples. L'acidité du suc gastrique n'y intervient que d'une manière tout à fait secondaire. L'anachlorhydrie et l'hyperchlorhydrie n'exercent qu'une influence insignifiante sur la rapidité de l'évacuation du contenu stomacal.

L'emploi de la papavérine et de l'atropine ne donne pas de résultats constants. Dans un certain nombre de cas, on ne note aucune réaction gastrique à l'égard de ces 2 alcaloïdes.

Ce sont les estomacs à fonction motrice normale ou exagérée qui réagissent le plus, généralement par un ralentissement de l'évacuation, plus rarement par un changement de la forme et une diminution de la tonicité. La papavériné exerce sur ces estomacs une action plus énergique que l'atropine.

En cas d'insuffisance motrice par spasme et en l'absence de lésions organiques du pylore, la papavérine agit mieux que l'atropine, en accélérant l'évacuation et la rendant parfois normale. Par contre, l'atropine peut alors, dans certains cas, accentuer encore la stase gastrique, en paralysant le péristaltisme. Aussi O. recommande-t-il de se servir, en vue du diagnostic, de papavérine. L. Cheinisse.

N. F. Mordvinkine (de Saratov). ***Contribution au radiodiagnostic de l'ulcère de l'estomac.*** — Les deux signes radiologiques les plus caractéristiques de l'ulcère — la *biloculation* subsistant après l'emploi de la papavérine ou de l'atropine et l'existence d'une *niche* — sont, comme on le sait, loin d'être constants. Pour le premier, il faut qu'il y ait des cicatrices rétractiles ; pour le second, un *ulcus* assez profond, avec pénétration dans le tissu avoisinant. Nombre d'ulcères ne répondent pas à ces conditions. Voici le procédé auquel M. conseille alors d'avoir recours.

Si l'on introduit dans l'estomac du malade couché sur le dos une suspension aqueuse de bismuth (50 gr. pour un verre d'eau), cette suspension se répandra sur toute l'étendue de l'organe et, le bismuth étant rapidement précipité, il s'en formera un dépôt sur la surface ulcérée. Alors que le reste de bismuth, par suite des contractions de l'estomac, sera évacué dans l'intestin, la partie déposée au fond de l'ulcère y restera, à condition, bien entendu, que le patient conserve la position couchée sur le dos. Une radiographie faite après cette épreuve montrera une tache correspondant à l'*ulcus* et permettra d'en préciser la localisation. L. Cheinisse.

N. P. Kotchneva (de Pétrograd). ***La coagulabilité et la viscosité du sang chez les malades traités par les rayons de Rœntgen et par le radium.*** — Les recherches de K. moutrent que, aussitôt après l'exposition aux rayons Rœntgen, la coagulabilité du sang ne subit que des modifications insignifiantes. Mais, au bout d'une demi-heure et parfois même au bout de 15 minutes, on constate une augmentation dans la rapidité de la coagulation, augmentation qui va en s'accentuant progressivement pendant les premières 12 à 24 heures. Chez certains malades, le maximum de rapidité n'est atteint que plus tard encore. Il y a, à cet égard, des variations individuelles assez considérables, tout comme pour le degré même de l'accélération de la coagulation.

Chez les malades traités par le radium, l'accélération de la coagulabilité du sang s'observe déjà immédiatement après la séance, mais le maximum de cette accélération ne se produit que le lendemain. Le retour aux chiffres antérieurs est ici quelque peu plus rapide qu'après la radiothérapie, mais, là encore, on note des variations individuelles assez étendues.

Quant à la viscosité du sang, elle subit, aussitôt après la radiothérapie, une augmentation de 10 à 20 pour 100, peu durable, et qui, au bout de 15 à 30 minutes, fait place à un abaissement progressif de la viscosité. Dans la plupart des cas étudiés, cette seconde phase a duré de 8 à 14 jours ; parfois, elle a été moins longue. On assistait, ensuite, à une troisième phase, caractérisée par une augmentation graduelle de la viscosité. Dans les cas ayant abouti à l'issue fatale, cette dernière phase faisait défaut et la diminution progressive de la viscosité s'y poursuivait jusqu'à la fin.

Le radium exerçait sur la viscosité du sang une action analogue, avec cette seule différence que la phase initiale d'augmentation de la viscosité y était plus accentuée et plus durable. La seconde phase était, par contre, plus courte qu'après exposition aux rayons de Rœntgen. Mais, tout comme pour ces derniers, cette phase se poursuivait jusqu'à la fin dans les cas avec issue fatale. L. Cheinisse.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

N° 7, 16 Février 1924.

A. R. Dochez et L. Sherman (de New-York). ***La signification du Streptococcus hemolyticus dans la fièvre scarlatine.*** — Chez tout sujet atteint de scarlatine, on constate, à un moment donné de l'évolution de la maladie, la présence du *Streptococcus hemolyticus* dans la gorge. Ce streptocoque constitue un type biologique spécifique et ne se retrouve pas dans les états infectieux autres que la scarlatine.

En inoculant le *Streptococcus hemolyticus* à des cobayes, D. et Sh. ont réussi à provoquer chez ces animaux un état morbide rappelant par ses principaux caractères les symptômes les plus importants de la scarlatine. Les cobayes inoculés présentent de la fièvre et de la leucocytose ; aux 2e et 3e jours, on constate une éruption érythémateuse passagère, et, au bout de 8 à 12 jours, il se produit une desquamation plus ou moins généralisée.

Frappés par l'analogie qui existe entre la scarlatine et la diphtérie, et partant de cette considération que la principale localisation de l'infection scarlatineuse est dans la gorge, où le streptocoque hémolytique élabore une toxine dont l'absorption produit l'exanthème et les symptômes généraux, D. et Sh. ont cherché à immuniser des chevaux à l'égard du streptocoque en question.

Le sérum ainsi obtenu s'est montré capable de faire disparaître l'éruption scarlatineuse, tout comme le sérum de convalescents. Les essais thérapeutiques institués avec ce sérum antiscarlatineux ont amené une atténuation rapide de tous les symptômes morbides : fièvre, exanthème, angine, troubles généraux. L. Cheinisse.

N° 8, 23 Février 1924.

A. Frick (de Chicago). ***Traitement médical de l'ulcère peptique sans alcalins.*** — F. estime que la grande majorité des ulcères gastriques ou duodénaux, exempts de complications séreuses, telles qu'hémorragies profuses et répétées, perforation, périgastrite ou périduodénite, estomac en sablier, etc., peuvent guérir rapidement sous l'influence d'un traitement médical. Outre le régime diététique approprié, ce traitement doit comprendre, d'après F., l'usage de sous-nitrate de bismuth chimiquement pur et administré à doses suffisamment élevées. Pour commencer, on doit donner, 4 fois par jour au moins, une bonne cuillerée à café de sous-nitrate de bismuth délayé dans un peu d'eau. Le plus souvent, si l'on a soin de faire prendre le bismuth l'estomac étant à l'état de vacuité complète, la douleur et les malaises disparaissent après la première ou la seconde dose.

Quant aux alcalins, F. les considère comme inutiles dans les formes moyennes d'ulcus et les réserve aux cas dans lesquels le bismuth se montre impuissant à remédier au pyrosis. L. Cheinisse.

W. H. Higgins (de Richmond). ***La valeur clinique de la douleur de la faim.*** — On connaît l'importance que les chirurgiens anglais et américains attribuent à la « douleur de la faim » (*hunger pain*) dans la symptomatologie de l'ulcère du duodénum Or, à en juger d'après les observations de H., cette « faim douloureuse » serait loin d'être pathognomonique de l'ulcus peptique.

Afin de déterminer la fréquence relative de ce symptôme dans les affections abdominales les plus communes, H. a analysé 162 observations comprenant tous les cas d'ulcère digestif, de cholécystite chronique et d'appendicite chronique opérés au « St. Elizabeth's Hospital » de Richmond.

Sur 46 cas d'ulcère peptique, on en a compté 21 (c'est-à-dire à peu près 50 pour 100) dans lesquels les douleurs étaient calmées par l'absorption d'aliments. Sur 33 cas de cholécystite chronique, la douleur de la faim fut enregistrée 5 fois, c'est-à-dire dans une proportion de 15,1 pour 100. Sur 47 cas d'appendicite chronique, la douleur de la faim existait 7 fois, ce qui représente une proportion de 15 pour 100. Enfin, dans 34 cas de cholécystite chronique associée à de l'appendicite chronique, l'*hunger pain* fut noté 3 fois. L. Cheinisse.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (Chicago)

Tome XXXVII, n° 6, Décembre 1923.

L.-E Phaneuf. ***La césarienne cervicale transpéritonéale.*** — Dans un certain nombre de cas où la césarienne est indiquée, on a des doutes sur la septicité du contenu utérin et l'on peut craindre le développement ultérieur d'une péritonite généralisée. C'est pour ces cas que l'on a préconisé la voie souspéritonéale qui n'est pas toujours d'une réalisation facile. Ph. estime qu'en pratiquant la césarienne au niveau du col on peut bénéficier des avantages de la laparotomie transpéritonéale, beaucoup plus large et moins aveugle, tout en se mettant à l'abri des dangers d'une péritonite généralisée. On peut, en effet, par un artifice de technique, isoler complètement la région opératoire de la grande cavité et permettre ainsi aux collections septiques, qui pourraient se former, de rester localisées et d'être facilement évacuées par un drainage de la partie basse de la plaie ou par une colpotomie.

Pour arriver à ce résultat, il faut inciser le péritoine au point de réflexion du cul-de-sac vésicoutérin, bien le libérer, refouler la vessie et suturer ensuite les lèvres de la brèche ainsi faite au péritoine viscéral, aux deux lèvres de l'incision du péritoine pariétal, pour isoler la région cervicale sur laquelle va porter la section. Hirst, Krœnig et Beck ont bien mis au point cette technique. Leurs procédés diffèrent surtout par la manière d'inciser le péritoine et d'en traiter les deux lambeaux. Pour sa part, dans 80 cas opérés, Ph. a employé 49 fois la technique de Hirst, 26 fois celle de Krœnig et 5 fois celle de Beck. Outre l'efficace protection qu'elle donne contre l'infection du péritoine, cette opération présente encore l'avantage de faire porter l'incision sur le segment non contractile de l'utérus et d'exposer moins que la césarienne corporéale classique aux dangers d'une rupture utérine dans le cas de grossesse ultérieure. Enfin, il ne paraît pas douteux que le choc opératoire est beaucoup moins considérable, que les malades saignent moins et se remettent plus vite.

Au cours de l'incision du col, il faut aller très prudemment pour ne pas blesser la tête fœtale qui, le plus souvent, se présente la première à ce niveau. Après extraction du fœtus et de ses annexes, Ph. recommande, avant de suturer le col, d'injecter une solution d'extrait hypophysaire dans l'utérus même.

Sur 80 cas opérés, l'auteur compte 6 morts, soit 7,5 pour 100, chiffre encore trop élevé, car, dans 4 cas la léthalité paraît, d'après l'auteur, pouvoir être attribuée à d'autres causes que l'intervention : une malade mourut d'embolie au 5e jour, 2 autres firent des accidents éclamptiques imputables à l'absence complète de tout soin et de tout examen avant le travail ; la 4e, très anémiée, à la suite d'un décollement prématuré du placenta, mourut de choc hémorragique avant qu'on ait eu le temps de tout préparer pour une transfusion. Les 2 autres cas de mort sont dus à des broncho-pneumonies, chez des malades ayant fait l'une et l'autre un abcès secondaire au niveau de la zone opératoire. M. Deniker.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(*Paris*)

Tome XV, n° 2, Février 1924.

Marcel Faure-Beaulieu et Marcel Lévy-Bruhl. ***Les altérations sanguines dans l'intoxication benzénique.*** — Le benzène est avant tout un poison du sang et des organes hématopoïétiques.

Les ouvriers exposés à cette intoxication sont : d'une part ceux qui travaillent à la préparation des benzols et benzines ; d'autre part, et surtout, ceux qui manipulent ces produits comme solvants des graisses, du caoutchouc, des résines, notamment les teinturiers-dégraisseurs. C'est surtout par inhalation que le benzène pénètre dans l'organisme, atteignant certains sujets prédisposés.

A côté de formes légères, observées par Heim et Agasse-Lafont, on peut observer des formes graves, réalisant un syndrome d'anémie grave avec purpura hémorragique et parfois ictère hémolytique (Œttinger). Dans ces cas, le chiffre des globules rouges peut tomber à 1 à 2 millions, 600,000 même (Selling). valeur globulaire habituellement supérieure à l'unité; pas d'anisocytose, ni poïkilocytose ; hématies nucléées très inconstantes ; résistance globulaire diminuée.

Il y a une leucopénie notable, avec inversion de la proportion des poly- et des mononucléaires ; myélocytes inconstants et jamais très abondants. Le temps de coagulation et le temps de saignement sont allongés Ce protocole hématologique rappelle en somme une anémie aplastique ou hypoplastique. On peut observer enfin des phénomènes nerveux qu'on peut rapprocher des manifestations médullaires des anémies graves.

Les anémies benzéniques graves sont d'un pronostic sombre; on a vu des formes suraiguës. Si la guérison se produit, elle est très lente.

Expérimentalement, on a démontré l'action leucolytique du benzène, qui a trouvé de ce fait une application thérapeutique dans le traitement des leucémies Duke a obtenu, chez l'animal, après une augmentation passagère, une baisse considérable du nombre des plaquettes.

La prophylaxie est du domaine de l'hygiène industrielle Il conviendrait enfin d'étendre au benzène la loi sur les maladies professionnelles, limitée aujourd'hui au saturnisme et à l'hydrargyrisme. Quant au traitement, il consiste d'abord à soustraire le malade à l'influence du toxique, puis à traiter son anémie (fer, opothérapie médullaire, arsenic). La transfusion sanguine est indiquée dans les cas graves.

L. Rivet.

Marcel Labbé, H. Stévenin et Ludo van Bogaert. ***Le métabolisme basal dans le syndrome adiposo-génital non hypophysaire.*** — Il semble légitime d'admettre, avec Falta, l'existence de syndromes adiposo-génitaux, indépendants de l'hypophyse, et peut-être liés à une insuffisance des glandes génitales.

Dans ce type morbide, l'obésité est loin d'être constante; ce n'est point l'obésité, mais l'adipose qui est caractéristique, avec sa localisation aux seins, à la région sus-pubienne, aux hanches, aux fesses; la finesse de la peau, la rareté des poils, l'arrondissement des formes donnent aux jeunes garçons un aspect un peu féminin, eunuchoïde. Dans le sexe mâle, les testicules sont petits et mous, la verge est peu développée, la fonction génitale paraît cependant relativement conservée. Dans le sexe féminin, le diagnostic est malaisé ; il ne repose, chez la femme, que sur l'absence ou l'arrêt précoce de la menstruation ; chez la petite fille, l'apparition tardive des règles ne fournit pas une caractéristique décisive.

Chez ces sujets, le rôle de l'insuffisance des glandes génitales dans la prédisposition à l'obésité reste encore douteux. On peut demander un élément d'appréciation à l'étude du métabolisme basal. Les auteurs ont fait cette recherche chez 10 sujets offrant un syndrome adiposo-génital, sans aucun signe de participation de l'hypophyse. Or, si un certain nombre de ces sujets ont montré un métabolisme notablement abaissé, deux étaient peu au-dessous des limites normales ; trois pouvaient être considérés comme normaux.

Rapprochant leurs constatations de celles d'autres auteurs, L., S. et B. concluent qu'il semble que l'on ait observé assez fréquemment un abaissement du métabolisme de fond dans l'insuffisance génitale. Celle-ci ralentit la nutrition et favorise le développement de l'adiposité. Il semble néanmoins que le rôle de l'insuffisance génitale n'est pas prépondérant dans le développement de l'obésité : si l'insuffisance génitale facilite l'engraissement de l'organisme, elle ne le produit pas fatalement ; à côté du ralentissement de la nutrition, la sédentarité et l'alimentation excessive sont des facteurs dont il faut toujours tenir compte.

Le rôle des glandes génitales dans la nutrition est moins important que celui de la thyroïde. Il importe néanmoins, dans les cas de ce genre, d'instituer l'opothérapie testiculaire ou ovarienne.

L. Rivet.

E.-J. Bigwood (de Bruxelles). ***L'équilibre physico-chimique du sang dans l'épilepsie. L'équilibre acide-base (2e mémoire).*** — B. étudie la perturbation du mécanisme neutralisateur dans l'épilepsie, et le rôle que joue cette perturbation dans la pathogénie des crises comitiales. Ses recherches cliniques ont porté sur 40 sujets atteints de types variés d'épilepsie, dont 23 cas d'épilepsie essentielle typique, pure et à manifestations convulsives.

Ces recherches établissent le rôle important que joue l'alcalose dans la pathogénie des manifestations convulsives de l'épilepsie et tracent la voie dans laquelle il faut chercher les bases d'un traitement rationnel de la maladie.

Toute intervention thérapeutique ayant pour effet de produire une acidose constitue une cause empêchante de l'apparition des attaques d'épilepsie. Ce fait peut être mis en évidence par les effets salutaires que produisent le jeûne, le régime riche en graisses, l'ingestion d'acide chlorhydrique, le traitement au tartrate borico-potassique ou potassique, le traitement au gardenal, le choc sérique et peut être aussi le chlorure de calcium. Le bromure n'exerce pas une action analogue et rentre dans la catégorie des sédatifs.

La modification humorale de l'équilibre physico-chimique, l'alcalose, est l'apanage de l'épilepsie essentielle. Par ailleurs, l'épilepsie essentielle non convulsive se différencie entièrement de l'épilepsie à crises, par l'intégrité de la régulation neutralisatrice. Il faut donc distinguer deux formes d'épilepsie essentielle, l'une avec alcalose et avec crises, l'autre sans alcalose et sans crises. L'alcalose observée avant les crises comitiales comporte une signification causale dans la production de celles-ci, et cette signification est démontrée par le fait que toute action qui entrave la production de l'alcalose a pour effet d'empêcher les crises convulsives de se produire, en instituant un état d'acidose compensatrice.

L. Rivet.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

(*Paris*)

Tome IX, n° 2, Février 1924.

Hartmann et Bonnet. ***Les troubles vésicaux dans les fibromes utérins*** (*1.000 observations consécutives de fibromes*). — L'existence de troubles vésicaux au cours de l'évolution de certains fibromes utérins est un fait connu. Ces troubles sont généralement regardés comme étant en rapport avec la présence de fibromes du col, en particulier de ceux occupant sa face antérieure.

Pour H. et B., cette interprétation est inexacte et, pour le démontrer, ils ont dépouillé 1.000 observations de fibromes qui leur ont permis d'étayer leur opinion et de relever un certain nombre de particularités intéressantes concernant les troubles vésicaux.

Pollakiurie. — La pollakiurie est fréquente et ne s'observe que le jour. Elle est due à une hyperémie localisée au triangle urétro-urétéral, ce qui s'explique facilement si l'on songe aux connexions nombreuses qui existent entre le système vasculaire de cette région et celui de la région utéro-vaginale.

Cystite. — Dans quelques cas, il existe de la cystite, qui parfois peut prendre l'allure de cystite gangreneuse comme dans la rétroversion de l'utérus gravide.

Hématurie. — Dans deux cas de la statistique d'H., des hématuries se sont produites comme les hématuries se produisent chez les rétentionnistes sondés.

Dans un autre cas, une femme vient consulter pour hématurie. On fait le diagnostic de tumeur vésicale et on ouvre la vessie. On constate alors qu'il s'agit d'un fibrome utérin en rapport très intime avec la vessie.

Rétention d'urine. — 35 cas sur 1.000; mais ce chiffre est plus élevé que la réalité, car pendant dix ans, H. a été à la tête d'un service d'urologie, où les malades venaient à cause du trouble urinaire. Au contraire, dans les années qui suivirent, n'ayant plus de service spécialisé, se trouvant à la tête d'un service de chirurgie générale, H. n'a plus trouvé que 20 cas de rétention d'urine sur 897 fibromes, soit 2,24 pour 100, chiffre qui se rapproche de ce qu'ont observé les autres auteurs.

La rétention d'urine peut apparaître, alors qu'aucun symptôme ne pouvait faire penser à l'existence de fibromes. 6 des 35 rétentionnistes n'avaient présenté aucun trouble du côté du ventre ou de l'appareil génital et étaient venues à l'hôpital uniquement pour les accidents urinaires qu'elles présentaient.

Le plus souvent, la rétention apparaît le matin; c'est au réveil que les malades constatent que, malgré tous leurs efforts, elles ne peuvent arrriver à émettre la moindre goutte d'urine. Pendant un temps variable, elles arrivent à uriner pendant la journée, puis sont finalement prises de rétention complète, nécessitant le cathétérisme.

Cette rétention évolue de manières différentes suivant les cas : 1° Quelquefois, après une période de rétention temporaire, les mictions redeviennent spontanées, soit avec une fréquence normale, soit plus souvent avec de la pollakiurie. Généralement, cette période de mictions spontanées n'est que transitoire et des crises de rétention complète surviennent de nouveau, coïncidant souvent avec les périodes menstruelles.

2° Chez d'autres malades (3 cas), la rétention d'urine a persisté, s'est installée définitivement et l'on a dû recourir au cathétérisme jusqu'au jour de l'opération.

3° Dans 3 autres cas, il y a eu, après une ou plusieurs crises aiguës ou d'emblée, rétention chronique incomplète. Les malades avaient bien des mictions spontanées, mais, après la miction, on constatait avec la sonde l'existence d'un résidu important. Dans un cas la vessie formait un globe remontant à l'ombilic et il existait de l'incontinence par regorgement.

4° Dans un cas la malade ne pouvait uriner qu'en refoulant avec le doigt la tumeur qui remplissait l'excavation sacrée.

La rétention d'urine s'observe plus fréquemment dans les fibromes développés au niveau du col. Mais, contrairement à l'opinion courante, ce ne sont pas les fibromes de la face antérieure du col, directement en rapport avec la vessie, qui déterminent en général la rétention.

Chez bon nombre de malades, porteuses de fibromes inclus, soulevant la vessie, la faisant même monter jusqu'au voisinage de l'ombilic, il n'y avait pas trace de rétention d'urine. Au contraire, H. et B. ont noté la rétention fréquemment dans des fibromes du corps, enclavés dans le Douglas, particulièrement dans ceux qui accompagnaient une rétroflexion utérine. La rétention d'urine au cours de l'évolution des fibromes se rencontre donc surtout dans les cas où la tumeur a entraîné une déformation utérine comparable à celle qu'on observe dans la rétroflexion de l'utérus gravide : 22 fois sur 33, il s'agissait d'un fibrome de la face postérieure.

La rétention peut être causée quelquefois par de la congestion vésicale ou par de la compression urétrale, mais le plus souvent il s'agit d'un étirement de l'urètre.

Henri Vignes.



Solution titrée de Chlorure de Calcium stabilisé
Chimiquement pur
1/2 cuillerée à café ou 80 gouttes = 1 gramme $Ca\,Cl^2$

RECALCIFIANT Lymphatisme, Croissance, Tuberculose, Rachitisme, Carie dentaire, Fractures, Grossesse, Allaitement.

HÉMOSTATIQUE Toutes hémorragies, Hémophilie, Maladies du Sang, Anémie et Chlorose.



DECHLORURANT Néphrites, Albuminuries, Œdèmes.

CHLORO-CALCION

Laboratoire MICHELS
9, Rue Castex, PARIS (IVe)
Reg. du Com. Seine, N° 210.542 B

SYPHILIS

à toutes les périodes et sous toutes ses formes

PALUDISME

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Congrès de Syphiligraphie de Paris
8 Juin 1922

Thèse de M. Dessert
Paris-8 Juillet 1922

"QUINBY"

(QUINIO-BISMUTH)
"Formule AUBRY"

Adopté et Employé dans les Hospices et dans les Hôpitaux Civils et Militaires Français

Spécifique le plus puissant
(Action directe sur le liquide céphalo-rachidien)

NON TOXIQUE
INDOLORE A L'INJECTION
PAS DE STOMATITE

Se méfier des contrefaçons
Exiger "Formule AUBRY"



Echantillons et Littératures :
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-&-O.) — France

Reg. du Com. : Seine, 10.097.

LA GYNÉCOLOGIE
(*Paris*)

An. XXIII, Décembre 1923.

Séjournet. ***Les hémorragies de la syphilis tertiaire de l'utérus.*** — *Dans un premier groupe, les hémorragies surviennent sans prodromes* chez des sujets atteints de syphilis et n'ayant en apparence aucune tare utérine. Elle apparaissent au moment des règles ou en dehors d'elles. Elles sont minimes ou sérieuses, et quelquefois ont une allure exceptionnellement grave.

S. en rapporte un cas personnel où une ulcération cervicale fit penser à un néoplasme. La biopsie montra des lésions syphilitiques : artérite et sclérose. On fit le Wassermann qui était positif et, après un traitement arsenical, la femme n'a plus présenté d'hémorragies.

Dans un deuxième groupe, il s'agit de ménorragies, soit liées à la syphilis tertiaire, soit liées à la syphilis héréditaire.

Dans un troisième groupe, il y a ménorragie, puis métrorragies intercalaires : l'utérus est fragile, les fatigues, les efforts, le moindre traumatisme réveillent l'hémorragie. Parfois il y a un suintement sanguin continu, qui s'exalte à la plus petite cause. Aucun traitement n'arrête ces hémorragies.

S. discute l'origine de ces cas : lésion utérine ou retentissement d'une ovarite syphilitique sur l'utérus.

Dans un quatrième groupe, les hémorragies débutent quelques mois ou quelques semaines après un accouchement ou un avortement (S. emploie le mot d'hémorragie *post partum*). Il reste difficile de préciser le rôle de la gestation dans la pathogénie, les modifications vasculaires que subit l'utérus pendant la gestation le rendant favorable à la localisation des lésions syphilitiques.

Le curettage ne modifie pas ces états ; le traitement antisyphilitique les guérit vite.

Enfin, dans un dernier groupe, se rangent les hémorragies survenant après la ménopause ; l'utérus est petit et atrophique ; le col n'est pas modifié.

S. passe ensuite en revue les lésions histologiques et les signes physiques observés dans ces divers cas ; ces signes sont plutôt négatifs : pas de déformation ou un peu de déformation globuleuse, un peu de dureté, pas de douleur, parfois un peu d'augmentation de volume des ovaires, col en général normal, quelquefois un peu induré.

« Une femme syphilitique saigne : ne posez pas d'emblée le diagnostic de syphilis utérine », conseille fort justement S. Il faut éliminer fibrome, cancer, rétention placentaire, etc. Mais, ceci fait, dans les hémorragies de cause incertaine, S. estime que la syphilis mérite une place qui lui paraît « destinée à devenir prépondérante ».

S. donne les éléments de diagnostic d'avec les cancers, fibrome, polype (pour ce dernier : utérus gros, mou, col ramolli, entr'ouvert, douleurs expultrices, pyométrie, agrandissement de la cavité). Les hémorragies brusques et formidables relèvent souvent de la syphilis.

Il étudie ensuite le diagnostic des cas se présentant après une gestation : rétention placentaire, chorio-épithéliome.

Dans les « utérus fibromateux » qui saignent, les hémorragies relèvent souvent de la syphilis ; de même les cas où l'on pense à un trouble endocrinien ont souvent la même étiologie.

Pour se résumer S. affirme « qu'il faut méditer sur les hémorragies utérines de diagnostic incertain et penser que la syphilis est capable d'être à l'origine de ces troubles ». HENRI VIGNES.

JOURNAL D'UROLOGIE
(*Paris*)

Tome XVII, n° 2, Février 1924.

G Gayet et J. Rousset (Lyon). ***L'uretère forcé.*** — L'uretère forcé ou dilatation permanente de l'orifice vésical de l'uretère se rencontre assez fréquemment et G. et R. en rapportent 14 observations. Le diagnostic en est basé sur l'aspect cystoscopique des orifices urétéraux, sur la constatation de l'échange sans obstacle des liquides colorés entre rein et vessie, vessie et rein : du liquide coloré injecté dans la vessie réapparait immédiatement à l'extrémité d'une sonde urétérale dont le bec plonge dans le bassinet ; inversement du liquide injecté dans une sonde urétérale reflue immédiatement par l'orifice urétéral dans lequel la sonde est enfoncée. Mais c'est surtout la cysto-radiographie qui donnera les renseignements les plus précis. Les auteurs se servent de collargol à 10 pour 100 qui exerce d'ailleurs une action thérapeutique heureuse ; toutefois dans les vessies infectées il faut faire un lavage soigneux de la vessie avant de la distendre par le collargol, afin de ne pas provoquer d'accidents dus au refoulement de produits septiques dans les bassinets.

L'incontinence sphinctérienne accompagne fréquemment l'incontinence urétérale. Dans la plupart des cas la pollakiurie est extrêmement accusée. Les malades éprouvent parfois des douleurs rénales dès que leur vessie est remplie soit par l'urine, soit par le liquide de lavage.

Les causes de cette affection sont multiples : un certain nombre de cas paraissent congénitaux ; d'autres apparaissent à la faveur d'une infection vésico-rénale : tuberculose, cystites, pyélonéphrites ; d'autres accompagnent des diverticules, de la lithiase, des rétrécissements de l'urètre. Une observation a trait à un malade atteint de syphilis médullaire probable. Souvent, on note dans les antécédents des crises de cystite douloureuse avec pollakiurie : uretères et urètre doivent se laisser forcer par les contractions spasmodiques et désordonnées du muscle vésical. Dans un cas l'injection fortuite de liquides caustiques dans la vessie a réalisé l uretère forcé.

Le traitement pour les cas unilatéraux est la néphrectomie dès que la béance de l'uretère a abouti à l'infection grave du rein. La néphrostomie paraît insuffisante et mène à la fistule. Dans les cas bilatéraux, ou en cas d'absence ou d'insuffisance du rein dont l'uretère n'est pas dilaté, les lavages vésicaux pyéliques par simples injections vésicales peuvent rendre des services, à condition de les pratiquer avec quelques précautions pour éviter des accidents infectieux. Mais ce traitement n'a qu'une valeur palliative. WOLFROMM.

REVUE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE
(*Bordeaux*)

Tome XLIV, n° 12, 31 Décembre 1923.

Leroux-Robert. ***L'auto-vaccination contre le microbisme latent des infections récidivantes et chez les porteurs de germes.*** — On a coutume de considérer que par son mode même de préparation, l'auto-vaccin ne peut s'appliquer qu'à une affection en évolution et n'est nullement préventif. Dans certains cas, cependant, d'infections à caractère récidivant, *adénoïdites, rhinopharyngites, angines, coryza récidivant,* on peut *prévenir la récidive* en préparant un vaccin à la période de virulence et en l'appliquant à la période latente de la maladie.

Un certain nombre de cas sont à considérer. Le staphylocoque présente un pouvoir antigénique remarquable et son auto-vaccin peut être employé progressivement jusqu'aux doses élevées de 4, 6 et même 8 milliards de germes par centimètre cube. En ce qui concerne le streptocoque, on doit être beaucoup plus réservé et observer prudemment les réactions individuelles. Dans les associations microbiennes, l'auto-vaccin doit comporter la *totalité des germes*, la virulence d'un microbe ne se développant souvent qu'au déclin de la virulence du germe prédominant.

Pour l'application de l'auto-vaccin, il faut tenir le plus grand compte de l'*état général*, de l'*âge* et du *poids* du sujet, ce dernier point étant pratiquement trop négligé.

Dans nombre d'observations d'infections rhinopharyngées, que des interventions successives, ou applications de topiques, n'avaient pu supprimer, L.-R. a obtenu des résultats très satisfaisants, par l'auto-vaccination à la période latente.

Ces résultats l'amènent à se demander si on ne pourrait pas étendre la méthode aux *porteurs de germes*. Dans la *diphtérie*, dans la *forme aiguë* ou *chronique de l'angine fuso-spirillaire de Vincent*, il y aurait lieu d'en essayer l'emploi. Dans la diphtérie notamment, la bactériothérapie utilisée d'abord concurremment à la sérothérapie, puis isolément, permettrait une cure prolongée, sans crainte d'accidents anaphylactiques chez les porteurs de germes. J. DUMONT.

Tome XLV, n° 6, 31 Mars 1924.

Portmann et Forton. ***Le syndrome médiastinal en oto-rhino-laryngologie.*** — Le syndrome médiastinal, considéré comme relevant de la pathologie médico-chirurgicale générale, constitue une question qui se rattache par bien des points à l'oto-rhino-laryngologie. Tantôt le spécialiste est consulté pour des troubles dysphoniques ou des accès de suffocation ; tantôt c'est pour une toux coqueluchoïde ou pour de la dysphagie. Il est donc nécessaire que l'oto-rhino-laryngologiste connaisse ce syndrome dans son ensemble afin de remonter du symptôme observé à la cause première.

Les organes occupant le médiastin étant contenus dans une cavité close à peu près inextensible, la pathologie de cette région sera une pathologie d'emprunt se manifestant le plus souvent par des symptômes de compression. En examinant ces troubles on peut observer :

a) *Des symptômes vasculaires* : congestion et œdème de la partie supérieure du corps par compression de la veine cave supérieure ; compression de l'artère sous-clavière, du tronc brachio-céphalique, de l'artère pulmonaire ;

b) *Des symptômes de compression nerveuse* : irritation ou paralysie récurrentielle avec accès de suffocation, toux quinteuse, troubles phonétiques, position caractéristique des cordes vocales ; plus rarement, on note des irritations du plexus cardiaque, du sympathique, du phrénique, des intercostaux ;

c) *Des symptômes de compression de l'œsophage et de l'arbre aérien*, si fréquents et si importants dans le domaine de la spécialité.

Non seulement l'examen clinique complet s'impose dans tous ces cas, mais on ne peut, à l'heure actuelle, se passer des examens complémentaires fournis par la radioscopie, l'œsophagoscopie, l'enregistrement graphique simultané des battements cardiaques et du pouls ainsi que des recherches sérologiques (Bordet-Wassermann, Besredka, Weinberg-Parvu).

Enfin, tout en réalisant le même tableau clinique, les différentes lésions médiastinales se manifestent par des signes propres : affections cardio-vasculaires, pleuro-pulmonaires, cancer de l'œsophage, adénopathies, tumeurs du médiastin, syphilis médiastinale.

P. et F. complètent leur travail par l'exposé de quelques observations de malades porteurs de syndromes médiastinaux et venus consulter d'abord le spécialiste pour dyspnée ou pour dysphonie.

La question du syndrome médiastinal s'est donc déplacée : elle n'est plus l'apanage exclusif de la médecine ou de la chirurgie générale, mais a acquis un droit de cité incontestable en oto-rhino-laryngologie, J. DUMONT.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(*Paris*)

3e Série, tome V, n° 1, 1924.

A. Giraud et A. Sédad (de Leysin). ***Les conceptions allemandes actuelles sur l'évolution générale de la tuberculose et sur la classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire.*** — Dans ce très important mémoire, G. et S. exposent d'abord les conceptions de *Ranke* sur l'*évolution générale de la tuberculose*. A ce point de vue, Ranke étudie plus particulièrement les manifestations anatomo-pathologiques de l'infection tuberculeuse en liaison avec les phénomènes d'immunité, ce qui le conduit à distinguer trois étapes dans l'évolution générale de la tuberculose :

1° *Phase de primo-infection.* Cette phase est caractérisée par la formation du complexe primaire (chancre d'inoculation de Küss, avec réaction ganglionnaire habituellement importante) et par l'apparition de la sensibilité de l'organisme à l'égard de l'infection tuberculeuse. On sait à ce propos les importantes recherches françaises de Léon Bernard et Debré à l'aide de la cuti-réaction. L'infection tuberculeuse peut s'arrêter à ce stade, par enkystement et calcification du foyer pulmonaire ; sinon on arrive à la 2e période de Ranke.

2° *Phase d'hypersensibilité et de généralisation* (enfance et début de l'adolescence). C'est par voie sanguine le plus souvent que de nouveaux foyers vont se greffer au niveau des différents organes : ganglions, poumons, os, articulations, peau, œil, etc. Le caractère fondamental de ces différents foyers métastatiques est de s'accompagner de processus

congestifs non spécifiques extrêmement développés. G. et S. rappellent d'intéressants faits de ce genre relatés récemment en France par Ribadeau-Dumas, Armand-Delille. A cette phase, l'état humoral est caractérisé par une hypersensibilité de l'organisme à l'égard de l'agent infectant, hypersensibilité qui se manifeste surtout par l'intensité des phénomènes inflammatoires, alors que les réactions générales de l'organisme sont habituellement peu marquées. Ranke insiste sur le parallélisme existant entre les réactions déterminées dans l'organisme par l'infection tuberculeuse et par l'injection tuberculinique à cette période, celle-ci donnant lieu à des réactions focales et locales intenses, tandis qu'elle ne s'accompagne d'aucune réaction générale caractérisée.

3° *Phase d'immunité relative et de localisation des lésions* (tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte). C'est la phase de tuberculose localisée, à évolution chronique, la guérison anatomique étant tout à fait exceptionnelle; fort judicieusement les auteurs allemands ne parlent pas de tuberculose guérie, mais de tuberculose latente. L'état d'immunité relative de cette période se manifeste non seulement par l'absence ou le peu d'importance des phénomènes congestifs périlésionaux de la phase précédente, mais encore par une incapacité remarquable de la part des bacilles à créer de nouveaux foyers évolutifs au niveau des différents organes. Mais à cette immunité des organes s'oppose à cette période l'hypersensibilité générale de l'organisme, d'où l'apparition des troubles généraux des phtisiques : fièvre, sueurs, tachycardie, etc. A cette période, l'injection de tuberculine détermine une réaction générale intense alors que la réaction locale est minime ou nulle.

En ce qui concerne le *mode d'extension des lésions*, Ranke admet qu'au stade de primo-infection, la propagation se fait par voie lymphatique et par contact; qu'à la phase de généralisation, la propagation se fait par toutes les voies, sanguine, lymphatique, canaliculaire, ainsi que par contact, mais surtout par voie sanguine; qu'à la phase de phtisie chronique, la propagation se fait uniquement par voie bronchique et par contact. Sans nier absolument le rôle des réinfections, Ranke estime que la tuberculose de l'adulte doit être considérée comme la reviviscence d'un des foyers métastatiques de la période secondaire. Aschoff au contraire admet qu'au 3e stade il s'agit d'une réinfection ou plutôt d'une surinfection exogène d'origine aérienne, ce qui explique que cette lésion soit habituellement au poumon et que, en Allemagne, le nombre des tuberculeux adultes ait diminué depuis la suppression de la contagion par l'isolement sanatorial.

G et S abordent ensuite la *classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire*, en se basant surtout sur les importants travaux de *Aschoff* et de *Nicol*.

Aschoff divise les lésions tuberculeuses du poumon en deux grands groupes :

1° Une *tuberculose productive*, caractérisée par la formation d'un tissu de granulation bourgeonnant, riche en cellules et contenant de nombreux éléments spécifiques (follicules tubercul ux);

2° Une *tuberculose exsudative*, caractérisée par l'apparition dans les alvéoles pulmonaires d'un exsudat fibrino-leucocytaire comparable au début à celui de la pneumonie banale, mais s'en distinguant bientôt par une tendance marquée à la nécrose caséifiante des éléments exsudés, puis du tissu alvéolaire lui-même.

Ces deux processus histo-pathogéniques, qui peuvent être assimilés à la tuberculose folliculaire et à la tuberculose pneumonique des auteurs français, se retrouvent dans les diverses formes évolutives de la tuberculose.

Dans la *tuberculose chronique*, les lésions ressortissent à deux types fondamentaux : foyer acino-nodulaire, constitué par du tissu tuberculeux productif se développant à l'intérieur de l'acinus et atteignant habituellement de façon simultanée plusieurs acini voisins; foyer de broncho-pneumonie caséeuse, dont l'unité territoriale n'est plus l'acinus, mais le lobule pulmonaire (phtisie lobulaire caséeuse), et dont la lésion appartient au type exsudatif. Si la première forme tend vers la fibrose encapsulante, cette tendance est minime dans la seconde, d'où sa gravité beaucoup plus grande. Ces deux types peuvent être plus ou moins associés, mais Aschoff admet qu'il y a toujours un type de lésion prépondérant, qui fixe le diagnostic et le pronostic.

On peut d'ailleurs établir des subdivisions : c'est ainsi que, selon la plus ou moins grande abondance du tissu fibreux, le foyer acino-nodulaire deviendra nodo-cirrhotique ou cirrho-nodulaire. De même, suivant l'étendue des lésions, les foyers broncho-pneumoniques seront divisés en lobulaires et lobaires, ces derniers représentant la pneumonie caséeuse classique.

C'est ainsi que Nicol a pu établir le schéma suivant :

I *Formes bronchogènes* (tuberculose pulmonaire chronique) :

1° Formes productives : *a*) forme acino-nodulaire; *b*) forme nodo-cirrhotique; *c*) forme cirrho-nodulaire; *d*) forme cirrhotique ;

2° Formes exsudatives : *a*) à foyers broncho-pneumoniques caséeux lobulaires; *b*) à foyers broncho-pneumoniques caséeux lobaires.

II. *Formes généralisées hématogènes* (tuberculose miliaire) :

1° Formes interstitielles : *a*) forme productive pure; *b*) forme productive et exsudative (forme de complication);

2° Formes intra-acineuses par excrétion : *a*) forme acineuse productive; *b*) forme acineuse exsudative.

Le 2e groupe des formes miliaires représente le point de vue original de la conception allemande. La dissémination hématogène n'est pas seulement capable de déterminer des lésions dans les espaces interstitiels, mais elle peut aussi, par pénétration (excrétion) du bacille à l'intérieur des alvéoles pulmonaires, donner naissance à des lésions intra-acineuses pouvant affecter soit le type exsudatif, soit le type productif.

Nicol insiste sur ce que le but principal du clinicien doit être d'arriver à se faire une représentation anatomique des lésions, car de celle-ci découleront le diagnostic, le pronostic et parfois aussi le traitement. Dans chaque cas le pronostic doit se baser sur l'étendue des lésions, l'examen des crachats et l'état de réaction du malade.

La classification d'Ulrici, qui fait intervenir une série d'éléments nouveaux (fièvre, crachats, radiologie), distingue 3 formes principales: forme acino-nodulaire, forme cirrhotique, forme pneumonique.

A l'appui de la classification d'Aschoff-Nicol viennent les importantes recherches radiologiques et anatomiques de *Gräff et Küpferle*, qui assignent des images spéciales à chacun des trois grands types de lésions : forme acino-nodulaire, foyer broncho-pneumonique, forme cirrhotique. A signaler qu'ils rejettent l'idée si répandue de l'origine péri-hilaire de la tuberculose pulmonaire, et donnent quelques détails nouveaux sur les images cavitaires. Ils précisent également les éléments radiologiques du diagnostic de la tuberculose aiguë généralisée.

Les classifications allemandes, comme celle de Bard, ont donc une base anatomique. Pour les formes chroniques, les grandes divisions sont comparables. Pour les formes aiguës, certaines se retrouvent dans les travaux de Letulle et Bezançon. Mais la forme acineuse-productive n'a aucun équivalent dans les travaux français.

Les auteurs allemands n'admettent pas la grande fréquence de la nature pneumonique des différents types de lésions tuberculeuses (Tripier). Ils ne font que de rares allusions aux foyers pneumoniques tuberculeux curables des auteurs français (Bezançon, Léon Bernard, Lereboullet, etc.), la tendance résolutive des lésions pneumoniques demeurant pour eux l'apanage de la phase de généralisation et d'hypersensibilité de Ranke. Enfin, ils gardent un silence complet sur la cortico-pleurite des auteurs français.

G. et S. déclarent que leurs préférences vont encore à la classification ancienne de Bard Ils font ressortir cependant l'importance considérable des travaux allemands, et il est hors de doute que l'exposé qu'ils font de ces travaux sera lu avec fruit par les médecins qui s'intéressent aux questions de phtisiologie. L. Rivet.

Maurice Perrin (de Nancy) **et Radmilo Yovanovitch** (de Belgrade). *Le réflexe oculo-cardiaque chez les tuberculeux pulmonaires.* — Sur 45 cas étudiés, P. et Y. ont relevé les particularités suivantes :

1° R. O. C. normal (ralentissement de 4 à 10 pulsations) : 10 fois, soit 22,22 pour 100. Il s'agissait surtout de malades à faible imprégnation toxique.

2° R. O. C. exagéré (ralentissement de 12 à 20 pulsations) : 11 fois, soit 24,24 pour 100, généralement chez des malades qui s'acheminent vers la phtisie, en passant par des périodes de rémissions et de poussées évolutives.

3° R. O. C. fortement exagéré (ralentissement de plus de 20 pulsations par minute) : 11 fois, soit 24,24 pour 100, chez des malades atteints d'une forte imprégnation toxique.

4° R. O. C. aboli (pas de réponse à la compression oculaire) : 10 fois, soit 22,22 pour 100, chez des malades atteints de lésions ulcéreuses très avancées, souvent avec lésions laryngées, péritonéales, intestinales, surrénales avec cachexie et défenses réduites à zéro, c'est-à-dire au cours de l'anergie terminale annonçant une fin prochaine.

5° R. O. C. inversé (accélération du pouls de 4 pulsations) : 3 fois, soit 6,66 pour 100, dont un cas dans une forme ulcéreuse et les deux autres dans des formes ulcéro-caséeuses.

Le R. O. C. suit donc le degré de l'imprégnation toxique de l'organisme, et, à ce titre, peut donner une indication pronostique. L. Rivet.

VIRCHOW'S ARCHIV für PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE

(Berlin)

Tome CCXLVIII, fasc. 1, 10 Mars 1924.

Heinrichsdorff. *L'histogenèse de l'ictère.* — H. a étudié la morphologie de la sécrétion biliaire sur un matériel très étendu : chez l'homme, dans des conditions normales et pathologiques (ictère par rétention, par intoxication), puis chez des chiens et des pigeons intoxiqués par l'hydrogène arsénieux et par la toluilène-diamine. Voici les principales conclusions de ces études :

Les pigments biliaires sont formés par les cellules hépatiques. Dans certaines conditions pathologiques les hématies sont directement phagocytées par les cellules hépatiques qui se chargent de leur désintégration. Parfois les hématies ne sont même pas complètement détruites, elles gardent leur forme ; cependant leur hémoglobine est transformée en bilirubine. Telle est, d'après H., la genèse des « corpuscules biliaires ». Dans des conditions normales, la transformation des hématies en pigments biliaires ne s'opère pas de toutes pièces dans la travée hépatique, les hématies sont d'abord détruites par des cellules spéciales que H. appelle des « érythrophages » et qui se trouvent dans la rate et dans le foie Les érythrophages hépatiques ne sont pas seulement les cellules de Kupffer, H. croit que la plupart des érythrophages qu'on rencontre dans les capillaires de cet organe sont des cellules hépatiques desquamées.

Dans tous les cas d'ictère on trouve des altérations de la cellule hépatique qui suffisent largement pour expliquer la rétention des pigments biliaires, il n'y a donc pas lieu d'admettre l'existence d'un ictère extrahépatique d'origine réticulo-endothéliale.

P. Masson.

Arthur Schultz. *Les altérations dans la région hypophysaire dues à l'hydrocéphalie et leurs phénomènes consécutifs.* — Chez un jeune homme de 18 ans, atteint, 10 ans auparavant, d'oreillons avec réaction méningée, se développèrent lentement des symptômes d'hypertension cranienne et une dystrophie adiposogénitale.

A l'autopsie, S. trouve une hydrocéphalie interne avec de multiples petites hernies cérébrales. L'infundibulum et le tuber cinereum sont fortement amincis. Le lobe nerveux et la partie intermédiaire de l'hypophyse ne présentent pas d'altérations, tandis que dans le lobe antérieur on constate une diminution notable des cellules basophiles. Les cellules intermédiaires dérivées des cellules principales chromophobes et évoluant vers le type basophile sont très nombreuses, fait que S. considère comme une manifestation de la régénération de cellules basophiles. Dans les centres du plancher du 3e ventricule, il trouve des cellules ganglionnaires dégénérées. L'influence des lésions de ces centres sur la dystrophie adiposogénitale paraît secondaire et non encore bien définie. L'auteur l'attribue surtout au blocage de la sécrétion de la partie intermédiaire dans son cheminement vers le diencéphale à la suite de l'amincissement mécanique de l'infundibulum. P. Masson.


BAIN SULFUREUX INODORE
Affections cutanées
Hygiénique - Tonique
SULFURINE
LANGLEBERT
ADRIAN & CIE
9, Rue de la Perle
PARIS
dans toutes les Baignoires

ARCHIV für EXPERIMENTELLE PATHOLOGIE und PHARMAKOLOGIE

(Leipzig)

Tome CI, fasc. 3-4, Mars 1924.

H. Molitor et E. P. Pick (de Vienne). ***Contribution à l'étude de l'action de la pituitrine sur la diurèse.*** — M. et P. ont entrepris, à l'Institut pharmacologique universitaire de Vienne, une série de recherches expérimentales sur des chiens chez lesquels on avait préalablement établi une fistule vésicale. Ils ont pu ainsi se rendre compte que l'injection sous-cutanée ou intraveineuse d'extrait hypophysaire à des doses partant de 0 gr. 0001 par kilogramme de poids animal exerce toujours une action empêchante sur la diurèse provoquée par apport d'eau. Suivant la dose employée, cette action persiste de 2 à 10 heures. Elle peut, d'ailleurs, être prolongée par une nouvelle dose de la préparation hypophysaire, l'emploi répété de celle-ci ne donnant lieu ni à l'accoutumance, ni à une atténuation de l'effet obtenu.

La pituitrine exerce cette action inhibitrice sur la diurèse alors même que, par la création d'une fistule de Eck, le foie se trouve exclu du torrent circulatoire.

On ne parvient pas à vaincre cette action par un nouvel apport d'eau, pas plus que par les médicaments vasodilatateurs usuels, tels que le nitrite d'amyle, le nitrite de sodium, la trinitrine et la papavérine, ou les diurétiques, comme la caféine, la théobromine, la théocine. L'atropine et les préparations thyroïdiennes restent également sans effet. Il en est de même pour la phloridzine.

Par contre, on réussit facilement à contre-balancer l'action empêchante de la pituitrine par les diurétiques tissulaires agissant par osmose, comme le chlorure de sodium, le sucre de raisin et l'urée, cette dernière étant l'agent le plus efficace à cet égard.

La polyurie consécutive à l'empoisonnement par la cantharidine ou par l'urane ne se laisse pas influencer par l'extrait hypophysaire.

De toutes les propriétés pharmacologiques connues des préparations hypophysaires, l'action sur la diurèse est la plus marquée; elle est de beaucoup plus durable que l'action sur la pression artérielle.

L. Cheinisse.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(Leipzig)

Tome XXXIX, fasc. 6, Mars 1924.

A. Ghon et F. Winternitz (de Prague). ***Sur la fréquence de l'infection tuberculeuse pulmonaire primaire et extrapulmonaire chez le nourrisson et chez l'enfant.*** — Le présent travail est basé sur tous les cas de tuberculose de l'enfance (jusqu'à l'âge de 14 ans révolus) qui ont fait l'objet d'une autopsie à l'Institut anatomo-pathologique de l'Université allemande de Prague, pendant la période du 1er Octobre 1910 au 31 Mars 1923.

En tout, il y a eu 608 cas, dont 2 toutefois n'ont pu être utilisés. Sur les 606 autres cas, on en a compté seulement 15 dans lesquels on a pu établir, anatomiquement et d'une façon certaine, une infection primaire extrapulmonaire, tandis que dans 567 cas il s'agissait d'une infection à point de départ pulmonaire; dans 24 cas, la genèse de l'infection était obscure.

Ces derniers cas mis à part, il reste donc 582 cas, dont 567 avec infection primitivement pulmonaire et 15 avec infection extrapulmonaire, ce qui donne un rapport de 97.42 : 2.58 ou de 37.8 : 1.

Dans la grosse majorité des cas à infection pulmonaire, il n'y avait qu'un seul foyer pulmonaire primitif. Il en était ainsi 517 fois sur les 551 cas qui pouvaient entrer en ligne de compte à cet égard; dans 28 cas, il existait 2 foyers, et dans 6 cas plus de 2 foyers.

Dans les cas à foyer pulmonaire unique, c'est le lobe supérieur droit qui était le plus fréquemment atteint; venaient ensuite par ordre de fréquence : le lobe supérieur gauche, le lobe inférieur droit, le lobe inférieur gauche et le lobe moyen du poumon droit.

Sur les 28 cas à 2 foyers, on n'a noté qu'une seule fois la coexistence des 2 foyers dans le même lobe; en général, ils siégeaient, au contraire, dans des lobes différents. Sur les 56 foyers de ces 28 cas, 34 correspondaient au poumon droit (16 au lobe supérieur, 13 au lobe inférieur et 5 au lobe moyen) et 22 au poumon gauche (13 au lobe supérieur et 9 au lobe inférieur).

L. Cheinisse.

E. Landé (de Berlin). ***L'influence de la résection du nerf phrénique sur la position et la motilité du diaphragme.*** — Parmi les divers procédés d'immobilisation chirurgicale du poumon qui ont été préconisés comme moyens de traitement de la tuberculose pulmonaire, la simple section du nerf phrénique, destinée à amener une paralysie durable du diaphragme, est loin d'être un procédé sûr. D'une part, il n'est pas rare de constater, quelque temps après l'opération, une régénération complète du nerf sectionné; d'autre part, malgré la phrénicotomie, on voit souvent persister une motilité respiratoire suffisante du diaphragme. C'est qu'il faut compter avec les variétés anatomiques, assez fréquentes, du nerf phrénique, notamment avec la présence possible d'un phrénique accessoire, ou d'anastomoses avec le nerf du muscle sous-clavier ou avec le nerf vague, variétés qui échappent à la simple phrénicotomie. Aussi Felix a-t-il proposé une opération plus radicale, qui consiste à tordre, au moyen d'une pince, l'extrémité du nerf sectionné; le plus souvent, on parvient ainsi à extirper un fragment de 12 à 20 cm. du nerf, en emportant avec ce morceau tous les filets anastomotiques.

L. a étudié l'influence de cette intervention sur la position et la motilité du diaphragme dans 20 cas opérés par Borchardt, à l'hôpital municipal Moabit, à Berlin.

Sur ces 20 cas, on a constaté 18 fois une paralysie complète du diaphragme, vérifiée à l'examen radioscopique (position élevée du diaphragme avec immobilité ou avec mouvements paradoxaux, élévation à l'inspiration et abaissement à l'expiration). Dans un cas, la paralysie notée après l'opération a rétrocédé par la suite et, chez un autre malade, l'intervention resta sans effet sur le diaphragme.

Ces deux échecs s'expliquent par la résection d'un fragment trop court du nerf, laissant subsister la possibilité de l'innervation du diaphragme par les filets collatéraux. Dans les 18 cas avec résultats positifs, la résection a porté sur une étendue d'au moins 8 à 10 cm.

La paralysie du diaphragme se manifeste aussitôt après l'opération. Elle est tantôt complète d'emblée, tantôt progressivement croissante. Elle est irréparable.

L'existence d'adhérences pleurales et la motilité défectueuse du diaphragme avant l'opération ne constituent pas de contre-indications, car, même dans ces conditions, on réussit le plus souvent à obtenir une paralysie complète de la moitié correspondante du diaphragme.

En se basant sur l'ensemble de ces constatations, L. conclut que la résection du nerf phrénique est préférable à la phrénicotomie.

L. Cheinisse.

E. Lehmann (de Berlin). ***Sur les résultats de la résection du nerf phrénique.*** — L. considère la résection du nerf phrénique comme indiquée dans les cas où le processus pulmonaire est unilatéral et où la plèvre est trop intéressée pour que le pneumothorax artificiel soit réalisable, ainsi que quand le pneumothorax ou la thoracoplastie n'ont été suivis d'aucune amélioration, et, enfin, en cas de lésions qui ne sont pas tout à fait unilatérales.

Au point de vue des résultats obtenus, il y a donc lieu de distinguer les cas de paralysie du diaphragme pure et ceux où la résection du nerf phrénique a été associée au pneumothorax artificiel ou à la thoracoplastie.

Sur les 10 cas de la première catégorie rapportés par L., 6 ont subi une amélioration notable, 3 une amélioration moins sensible et 1 est resté complètement réfractaire.

Comme critériums de l'amélioration, L. tenait compte non seulement du relèvement de l'état général, de l'augmentation du poids corporel, de la diminution de l'expectoration journalière et de sa teneur en bacilles, mais encore des réactions biologiques, telles que cuti-réaction de von Pirquet, vitesse de la sédimentation globulaire, déviation du complément avec l'antigène de Besredka.

L'association du pneumothorax artificiel et de la résection du phrénique a donné un résultat favorable dans un cas. Sur 2 malades traités par la thoracoplastie et la résection du nerf phrénique, l'un a paru présenter un pronostic plus favorable qu'après la thoracoplastie seule, et chez l'autre on a constaté une amélioration passagère.

Dans tous les cas où l'on a suivi la sédimentation globulaire, celle-ci diminuait avec l'amélioration clinique. Elle resta, au contraire, stationnaire dans le cas non amélioré.

L. Cheinisse.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE

(Baltimore)

Tome XXXIX, n° 2, Février 1924.

J. Flexner et H. L. Amoss. ***Reprise d'activité du virus de la poliomyélite.*** — On ne s'est jamais beaucoup occupé jusqu'ici des variations ni de la persistance de l'activité du virus poliomyélitique. On savait cependant que certains échantillons sont plus aisément inoculables au singe que d'autres, que certains animaux parmi les espèces de singes réceptives se laissent plus facilement infecter que d'autres, enfin que lorsque le virus humain vient d'être inoculé pour la première fois au singe, il est moins virulent qu'il ne le sera après plusieurs passages.

Le singe est moins sensible naturellement que l'homme à ce virus; aucun fait de contagion de singe à singe n'a été observé, et il faut une inoculation directe artificielle pour que la maladie s'ensuive. Cependant, celle-ci, une fois déclarée, se montre plus grave que chez l'homme, et la mort, dès que le virus est adapté, termine souvent la maladie expérimentale.

Le virus ne peut être cultivé en dehors de l'organisme, mais on peut l'entretenir artificiellement *in vivo* chez le singe et il est loisible ainsi de contrôler sa virulence. Il était intéressant en particulier de savoir si le haut degré d'activité qu'acquiert le virus après plusieurs passages se conserve tel indéfiniment.

F. et A. ont étudié à cet égard un échantillon obtenu en 1909 chez un enfant mort de poliomyélite aiguë et ils ont constaté que la virulence passait par plusieurs étapes. La première répond à l'adaptation du virus humain au singe. Rapidement un haut degré de virulence est atteint et presque aucun animal ne guérit; une dose de 0 cmc 01 à 0 cmc 001 d'une émulsion centrifugée de tissus nerveux filtrée sur bougie Berkefeld, inoculée dans le cerveau, suffit alors pour produire une poliomyélite mortelle. Cette souche adaptée au singe fut passée régulièrement sur cet animal, et garda pendant 3 ans sa haute virulence; celle-ci se mit alors à baisser et revint à peu près à ce qu'elle était lors du premier passage, ce changement constituant le second stade. Puis, dans une troisième étape, la virulence remonta et redevint maximum, pendant que le virus était conservé dans la glycérine au sein du tissu nerveux. Cette reprise de virulence demanda plusieurs années pour se réaliser; elle fut constatée 6 ans après que la baisse se fut manifestée. Depuis 4 ans, le virus conservé dans la glycérine a gardé cette forte virulence sans changement appréciable.

Ces oscillations dans la virulence d'un même échantillon de virus ressemblent, tout au moins superficiellement, aux fluctuations qui surviennent dans la fréquence des cas de poliomyélite épidémique, mais les deux processus diffèrent en ce que les variations de la vague épidémique tiennent dans un court laps de temps, comparées aux changements de la virulence.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIV, n° 11, 15 Mars 1924.

E. **Jeanselme.** ***Des nodosités juxta-articulaires.*** — J. fait une étude d'ensemble de ces nodosités qu'il a décrites, après Lutz, en 1900. Ce sont des nodules sous-cutanés, arrondis, solitaires ou agminés, qui siègent au voisinage des jointures et des crêtes osseuses. Indolents, de consistance ferme et rénitente, roulant sous le doigt, ils peuvent exceptionnellement se ramollir et se terminer par une cicatrice qui n'a de caractéristique que son siège juxta-articulaire.

Leur aire de distribution géographique est fort étendue et l'on en connaît des foyers plus ou moins denses dans toutes les parties du monde, sauf en Europe où un seul cas autochtone, celui de F. de Quervain, a été observé.

Mais il existe cinq foyers principaux : 1° La presqu'île indo-chinoise, les iles de la Sonde; la Nouvelle-Guinée et l'arcbipel hawaïen ; 2° Madagascar, les Comores et les Mascareignes; 3° l'Afrique occidentale et équatoriale ; 4° l'Afrique du Nord ; 5° le Brésil.

Les nodosités juxta-articulaires s'observent indifféremment daus les deux sexes, plus souvent sur les races de couleur, mais la race blancbe n'est pas épargnée.

Au début, les nodosités, de volume très réduit, sont plongées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Certaines d'entre elles sont mobiles et roulent même sous le doigt comme des ganglions ; d'autres semblent adhérer au périoste, dont elles tirent peut-être leur origine. Puis ces nodules deviennent plus superficiels et font corps avec la peau. Plus tard, ils émergent à la surface sous forme de saillies marronnées de consistance très ferme. Le tégument qui les recouvre ne subit aucune modification importante, il est seulement distendu et parfois décoloré au niveau du point culminant.

Ces nodules affectent une remarquable symétrie. Ils occupent le versant externe des membres ; ils surmontent de préférence les saillies osseuses et se groupent au voisinage des jointures. Ils ont pour lieu d'élection : la malléole externe, la tête du péroné, la tubérosité antérieure du tibia et le pourtour du genou, les régions trochantérienne et sacro-coccygienne aux membres inférieurs ; l'olécrane et l'épitrochlée, l'acromion, la face dorsale des doigts aux membres supérieurs.

Tout lieu de pression, de frottement ou de tiraillemeut peut devenir le point de départ de ces petites tumeurs dont la répartition est commandée par des irritations mécaniques de toutes sortes, légères, mais répétées.

En général, les nodosités juxta-articulaires non traitées persistent indéfiniment à l'état de crudité, mais elles peuvent se ramollir à la manière d'une gomme. Elles peuvent aussi se résorber sous l'influence d'un traitement approprié.

La nature de ces nodosités n'est pas encore élucidée. Certains auteurs leur attribuent des origines multiples : mycoses, filariose, hygromas plus ou moins calcifiés, fibromes, lipomes, sarcomes, etc. Actuellement un certain nombre d'observations tendent à établir que les nodosités juxta-articulaires sont d'origine spirochétienne :

1° L'extraordinaire fréquence de la syphilis ou du pian dans les antécédents des porteurs de nodosités juxta-articulaires ; la coexistence avec les nodosités de manifestations actuelles de ces deux spirochétoses ; le pourcentage élevé de la réaction de Wassermann chez des sujets qui n'ont que des nodosités et qui paraissent indemnes d'infection syphilitique et pianique ;

2° La présence de spirochètes constatés par l'imprégnation d'argent, soit dans le tissu fibreux des nodosités, soit dans le liquide qui s'écoule des nodosités ramollies ;

3° Les bons effets obtenus par les médications qui agissent sur les spirochétoses, et en particulier par l'emploi des arsénobenzènes. R. Burnier.

Nicolas et Favre. ***Le signe de la vitro-pression.*** — N. et F. étudient à nouveau la valeur diagnostique d'un signe connu des dermatologistes du nom de signe de la vitro-pression. Ce signe permettrait de distinguer nettement un tubercule lupique d'un tubercule syphilitique. En effet, disent les classiques, la lésion élémentaire du lupus vulgaire ou tubercule lupique est bien spéciale.

Elle se présente comme un petit grain rouge jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, légèrement saillant ou enchâssé dans la peau, et se voyant par transparence à travers un épiderme aminci. La teinte spéciale du lupome s'apprécie mieux en tendant la peau entre deux doigts après l'avoir nettoyée à la vaseline, ou mieux par la vitro-pression, en l'examinant à travers une lame de verre fortement appuyée. Sur les tissus adjacents anémiés par la pression et devenus blanchâtres, le lupome tranche par sa teinte jaune ambré que l'on compare classiquement à de la gelée de pomme ou à du sucre d'orge.

Si le lupome est saillant et assez volumineux pour pouvoir être palpé, on est frappé par sa mollesse ; s'il est enchâssé dans le derme et qu'on le pique avec la pointe d'un instrument tranchant, celui-ci pénètre avec la plus grande facilité comme dans une petite motte de beurre, et la lésion se laisse dilacérer avec la plus grande facilité. La lésion lupique est donc remarquablement molle et friable.

Au contraire, d'après les classiques, les tubercules syphilitiques sont toujours plus foncés, de couleur jambon ou cuivre et de consistance très ferme, et ne se laissent pas traverser facilement par un instrument piquant.

N. et F. estiment, par contre, en se basant sur de nombreuses observations, que, dans des syphilides cutanées indiscutables, la vitro-pression permet de reconnaître des nodules intradermiques dont la couleur et la translucidité sont celles de nodules lupiques. Dans tous ces cas, la prompte et complète disparition des infiltrats par le traitement a apporté à l'observation clinique une dernière et irréfutable confirmation.

Le signe de la vitro-pression peut donc être un guide trompeur et peut conduire à des fautes d'interprétation et à des erreurs de diagnostic.

La valeur relative du signe de la vitro-pression s'explique si l'on veut bien tenir compte de la structure histologique comparée des lésions sypbilitiques et tuberculeuses.

En effet, les unes comme les autres présentent une similitude de lésions histologiques : cellules géantes, foyers nodulaires de cellules épithélioïdes, follicules typiques; toutes ces formations, considérées trop longtemps comme caractérisant spécifiquement les réactions des tissus vis-à-vis du bacille de Koch, s'observent dans les lésions syphilitiques.

Il existe donc des sypbilides absolument semblables à un lupus, même à l'examen histologique.

C'est dans cette similitude de lésions histologiques que se trouve l'explication des similitudes cliniques.

D'ailleurs, les réactions tuberculiniques ne sont pas davantage exemptes de critique, elles peuvent exister dans la syphilis comme dans la tuberculose.

N. et F. concluent donc à nouveau que le nodule dit « lupique », tel que la vitro-pression permet d'en analyser les caractères, n'est pas réalisé par la seule tuberculose lupique, à l'exception de toute autre inflammation cutanée, et qu'on ne saurait lui accorder la valeur de symptôme pathognomonique de valeur décisive. R. Burnier.

LE PROGRÈS MÉDICAL

(*Paris*)

N° 12, 22 Mars 1924.

M.-E. Binet (de Vichy) **et Gaston Durand.** ***L'évolution de la lithiase biliaire.*** — B. et D. décrivent trois phases dans cette évolution.

1° *Phase intestinale.* — Cette phase est représentée souvent par une affection intestinale du jeune âge, entérite ou entérocolite, paratyphoïde ou typhoïde vraie, appendicite, etc. Très souvent il s'agit d'anciens colitiques de l'enfance demeurant des constipés chroniques, exposés à tous les dangers de la stase stercorale cæco-ascendante. Il existe un certain retentissement sur le foie, de l'hypercholestérinémie, un début d'insuffisance hépatique.

2° *Phase de typhlo-cholécystite.* — Il s'agit alors d'une affection bipolaire, d'une maladie conjuguée du bas-fond cæco-colique et des canaux excréteurs du foie. Les signes intestinaux habituels sont ceux de la stase stercorale cæco-ascendante de Duval et Roux : cæcum douloureux à la pression, distendu et extrêmement gargouillant, constipation et diarrhée alternant irrégulièrement, état général mauvais. Du côté du foie on observe un état de mal permanent entrecoupé de crises paroxystiques. On note souvent la production d'une douleur vive au niveau de la vésicule par la palpation du cæcum et réciproquement. En même temps se développe souvent un syndrome pylorique réflexe Souvent apparaissent des périodes de subictère et de fièvre. La cholestérinémie oscille entre 2 gr. et 3 gr. 50. De l'anémie s'installe. A cette période, la vésicule tantôt ne contient pas de cholélithes, tantôt contient des calculins ou quelques calculs jeunes. C'est la période du début de la formation calculeuse. Si le malade n'est pas suffisamment traité, on passe à la 3e période.

3° *Phase de cholécystite.* — Après des mois ou des années de répit apparaît la crise majeure de Chiray, crise de mobilisation ou de tentative d'expulsion de calcul. La radiographie montre alors souvent des ombres calculeuses. C'est l'étape de la lithiase biliaire vraie, qui a fait suite aux deux précédentes et en constitue l'aboutissement.

L. Rivet.

LYON MÉDICAL

Tome CXXXIII, n° 12, 23 Mars 1924.

B. Lyonnet. ***Traitement de l'acidose diabétique par une graisse synthétique américaine, ayant un nombre impair d'atomes de carbone « l'intarvine ».*** — L. expose d'abord la théorie de la β-oxydation de Knoop, en vertu de laquelle les physiologistes ont cherché à donner à des diabétiques, fabriquant les corps acétoniques, des matières grasses ayant un nombre impair d'atomes de carbone, c'est-à-dire incapables de produire ces corps toxiques.

Max Kahn (de New-York) a réussi le premier à obtenir une graisse de ce genre, en partant de l'acide stéarique. Il obtient un glycéril margarate, auquel les fabricants ajoutent 12 pour 100 environ d'une huile minérale pour abaisser le point de fusion à la température du corps humain et rendre ainsi plus facilement digestible ce nouveau produit, dénommé l'intarvine.

C'est une poudre blanche, d'aspect crémeux, sans saveur, ni odeur, neutre et fondant à 38°. Chaque gramme fournit 8 calories. La dose habituellement utile est de 2 à 3 cuillerées à soupe par jour, mais il faut souvent aller à 15 et même 25 si le patient a une vie agitée. On peut prendre l'intarvine isolément et boire ensuite un peu d'eau, de thé, de café, ou la mélanger à de la crème, à de la salade, la prendre dans du café chaud, où elle fond ; on peut aussi l'employer dans la cuisine à la place de beurre.

Ce produit est malheureusement d'un prix fort élevé et constitue un traitement de luxe. Il peut rendre de grands services en cas de menace de coma, et constitue avec l'insuline un grand progrès. Si cela continue, de beaux jours attendent les diabétiques.

L. Rivet.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Tome V, n° 101, 20 Mars 1924.

Prof. Rollet. ***L'exophtalmie.*** — R. fait un rapide exposé historique de la question, puis aborde l'étude de l'exophtalmométrie, avant de traiter l'exophtalmie elle-même et d'en donner une classification. Il les divise en 2 grands groupes : *exophtalmies non pulsatiles* et *pulsatiles*. Parmi les premières, il en est de *non inflammatoires*, syndrome basedowien et syndrome hypophysaire, exophtalmies à base tumorale (c'est-à-dire secondaires à des tumeurs kystiques, à des néoplasmes solides, à des syphilomes orbitaires), exophtalmies vasculaires non pulsatiles, traumatiques ou spontanées. D'*origine inflammatoire*

on les observe dans le phlegmon de l'orbite, souvent provoqué par une infection sinusienne, dans l'ostéomyélite suppurée de l'orbite, et enfin dans la thrombo-phlébite orbitaire.

R. n'insiste pas sur le second groupe de sa classification, sur les *exophtalmies pulsatiles*.

Au point de vue pathogénique, à côté des causes habituellement invoquées, le professeur Rollet admet une hypertension intra-orbitaire comme il existe une hypertension intra-oculaire ou intracranienne. La graisse orbitaire a comme le liquide céphalo-rachidien un rôle de protection, mais elle peut pathologiquement se trouver altérée ; des troubles exsudatifs et œdémateux aboutiraient à l'exophtalmie. R. termine par un chapitre de pronostic et de traitement variables suivant l'étiologie. A. CANTONNET.

L. Genet. ***Le fond d'œil des diabétiques.*** — Les lésions ophtalmoscopiques que présentent les diabétiques sont surtout la rétinite diabétique avec ses éléments : hémorragies rétiniennes, placards de dégénérescence et rétinite proliférante. Ces trois variétés de signes ophtalmoscopiques peuvent être diversement combinées entre elles, avec prédominance de l'une ou de l'autre.

La névrite optique est très rare; on rapporte cependant des cas d'atrophie bilatérale.

On a longtemps admis que la rétinite observée au cours du diabète relevait de la néphrite albuminurique si souvent associée. G., cependant, pense qu'il est des rétinites purement diabétiques.

Leur diagnostic, par le seul moyen de l'ophtalmoscope, est souvent impossible avec la rétinite albuminurique ; cette dernière toutefois affecte plus rarement la forme proliférante et atteint beaucoup plus souvent le nerf optique.

Le pronostic est ici moins grave que dans les néphrites chroniques, une longue survie est possible. Les éléments de ce pronostic sont surtout fournis par l'hyperazotémie, la constante uréo-sécrétoire et l'hypertension artérielle. La vision est parfois réduite à une vague perception lumineuse.

Le traitement est avant tout la diététique propre au diabétique, puis le traitement spécifique, lorsqu'il y a une origine syphilitique possible. Localement, émissions sanguines et injections sous-conjonctivales. A. CANTONNET.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(Lausanne-Genève)

Tome XXXXIV, n° 3, Mars 1924.

H. Eggenberger (Hérisau). ***L'iode aliment.*** — L'iode n'est pas seulement un médicament, mais, à doses quotidiennes de 40 γ (0 gr. 000040), c'est un aliment inorganique, indispensable à l'économie. Il remplit pour cela les conditions nécessaires.

L'iode, en effet, est partie intégrante de la sécrétion thyroïdienne, sécrétion d'une importance vitale qui, sans cet élément, perd son action. En second lieu, l'iode est soumis aux lois du métabolisme de manière tout à fait analogue au chlore. Par apport insuffisant d'iode, il se produit des troubles organiques, dont le premier symptôme est l'hypertrophie de l'appareil de réception dans la glande thyroïde.

Enfin, l'iode est, comme toute substance alimentaire indispensable, accessible aux êtres vivants sur toute la surface de la terre habitée, en quantité insuffisante cependant dans les régions à endémie goitreuse. L. RIVET.

M. Roch (de Genève). ***Méningites syphilitiques consécutives au traitement arsenical.*** — Depuis quelques années, R. est frappé de la fréquence des poussées méningitiques graves chez des malades traités par les arsénobenzols, poussées méningitiques survenant quelque temps après la cessation du traitement et paraissant en quelque sorte en dépendre. En un an il a observé dans son seul service 7 cas de méningite syphilitique, dont 6 chez des malades récemment traités (de 1 mois 1/2 à 3 mois). Il tend à accuser la médication arsenicale, au risque de s'attirer « les foudres des Jupiter syphiligraphes, assez tonnants comme chacun sait ».

On sait que chez les malades non traités, la syphilis méningée est très fréquente à la période secondaire, qu'elle reste en général bénigne ou latente, et qu'elle n'est pas rare à la période tertiaire, accompagnant ou non une atteinte sérieuse du système nerveux.

Plutôt que d'accepter une dualité de virus, R. pense avec Ravaut et d'autres auteurs qu'il peut y avoir une sorte de balancement entre les localisations ectodermiques du spirochète : localisations nerveuses et localisations tégumentaires. Ces dernières contribueraient à créer un état d'immunité générale peu favorable au développement de lésions internes graves. En blanchissant le malade sans le guérir, le traitement arrête le développement de l'immunité naturelle et il favorise les poussées méningées et les neuro-récidives qui le plus souvent n'en sont qu'une des manifestations prédominantes. Cet inconvénient parait surtout appartenir aux arsénobenzols, d'action plus rapide que le mercure.

R. résume ses six observations et se demande jusqu'à quel point le traitement arsenical peut être rendu responsable de ces méningo-rechutes tardives. Il rapproche ces faits de nombreux faits semblables observés par divers auteurs. Tous ces faits montrent clairement que ces manifestations sont beaucoup plus fréquentes depuis l'avènement des arsénobenzols. Or, il est remarquable que ces accidents s'améliorent rapidement par la reprise du traitement (Ehrlich). Il s'agit donc bien d'une méningo-rechute de nature syphilitique. Il parait bien évident qu'il s'agit du réchauffement d'une méningite syphilitique restée jusque-là latente ou à peu près latente, et qui n'a pu être guérie complètement, alors que le traitement a supprimé les manifestations cutanéo-muqueuses et entravé la formation d'anticorps. Les spirochètes subsistant dans les méninges peuvent alors reprendre leur vitalité et se manifester d'autant mieux qu'ils ne sont gênés ni par le médicament déjà éliminé, ni par les anticorps dont la formation a été suspendue.

Le traitement curatif de ces méningo-rechutes consiste dans le traitement antisyphilitique général, aidé de ponctions lombaires. Le même traitement arsénobenzolique, qui s'est montré insuffisant à détruire les foyers méningés latents de la période secondaire, est rapidement efficace contre les rechutes méningées, en le maniant toutefois avec une certaine prudence. R. suppose que l'état inflammatoire améliore alors beaucoup la perméabilité méningée : aussi le traitement intrarachidien ne lui a-t-il pas paru nécessaire. L. RIVET.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Tome LIV, n° 13, 27 Mars 1924.

Prof. Otto Binswanger (de Iéna). ***Considérations neurologiques sur la pathogénie du diabète sucré.*** — B. rapporte 3 exemples des relations qui paraissent exister entre le diabète et les troubles neurologiques. Le premier est celui d'un jeune infantile de 18 ans, débile mental, qui avait blessé un camarade d'un coup de couteau dans une rixe, et que B. avait pris en observation pour se prononcer sur sa responsabilité. 14 jours après son admission dans le service, il présenta un syndrome de grand diabète, avec glycosurie et acétonurie. Le coma l'enleva en 3 jours. Le second cas est celui d'un commerçant de 40 ans, habituellement bon vivant et plein d'allant, et qui, pendant les deux derniers jours de la semaine, se montrait déprimé et incapable de conclure aucune affaire. Or, ces 2 jours-là, — et ceux-là seulement, ses urines contenaient du sucre. Enfin, une dame, observée par B., atteinte au moment de sa ménopause de mélancolie d'involution, avec idées de suicide et angoisses, était en même temps glycosurique (60 gr. par litre). La glycosurie s'améliora (5 à 10 gr. par litre), en même temps que la mélancolie guérissait complètement sous l'influence d'une cure opiacée.

B. disserte, à ce propos, sur le rôle du système nerveux, et en particulier des centres sous-corticaux (striatum, tuber, région sous-thalamique) et des origines du système vago-sympathique (noyau dorsal ou végétatif du vague, dont l'extrémité postérieure contient un centre sympathique), dans la régulation du métabolisme hydro-carboné comme dans la régulation thermique. Le mécanisme régulateur porte sans doute à la fois sur la production du sucre, sur sa destruction et sur sa répartition dans l'organisme (L. Pollak). L'action physiologique et thérapeutique de l'insuline s'exercerait à la fois d'une façon directe sur les cellules (foie, pancréas, parois vasculaires) et sur les centres parasympathiques de la base. J. MOUZON.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Tome XXXVII, n° 13, 27 Mars 1924.

Prof. Hermann Schlesinger. ***Interventions chirurgicales dans la claudication intermittente (opération de Leriche).*** — S. a fait pratiquer chez 9 malades atteints de formes graves de claudication intermittente, avec menace de gangrène, la sympathectomie périartérielle de la fémorale au-dessous de l'arcade crurale (opération de Leriche). La plupart de ces opérations ont été faites par Büdinger. Parmi les 9 malades, il y avait 3 sujets jeunes (endartérite oblitérante ou syphilis) et 6 sujets âgés, dont un de 73 ans (athérome ou syphilis). En général, l'opération a été bilatérale. Les résultats ont été bons dans 7 cas, c'est-à-dire que la gangrène a été évitée ou très limitée, que les douleurs et la claudication intermittente se sont atténuées ou ont disparu. 2 fois seulement, il a fallu recourir ultérieurement à l'amputation. En général, l'amélioration débute aussitôt, mais il y a encore des recrudescences de douleur, qui exigent de grandes précautions et un traitement : protection contre le froid, réduction des fatigues, nitrite de soude, scopolamine-dionine-morphine.

La sympathectomie périartérielle doit être réservée aux cas graves de claudication intermittente, car les moyens médicaux suffisent pour guérir les cas atténués. Néanmoins, il importe de pratiquer l'intervention avant que la circulation soit irrémédiablement compromise.

Comment agit la sympathectomie? S. r[illegible] que l'effet de l'opération soit dû, — co[illegible] Leriche, — à la suppression de l'hyp[illegible] vaso-constricteurs qui passent par la gai[illegible] rielle : les branches sympathiques aborde[illegible] l'artère à des hauteurs différentes, et cha[illegible] nerveux n'étend son action qu'à une é[illegible]treinte du vaisseau. Par contre, S. a toujours trouvé de la périartérite fémorale (Cf. aussi Kappis), qui peut rendre l'opération laborieuse, et il est probable que, directement ou par voie réflexe, cette périartérite joue un rôle important dans la gêne circulatoire. Il serait intéressant de vérifier ces données anatomiques et ces hypothèses dans la claudication intermittente du cheval. Cette étude aurait plus de valeur que les expériences de physiologie faites sur des chiens normaux; ces dernières conditions sont trop différentes de ce qui se trouve réalisé chez l'homme au cours de la claudication intermittente. J. MOUZON.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

Tome XX, nos 8 et 9, 24 Février et 2 Mars 1924.

Ferd. Mattausch (de Vienne). ***Les réactions provoquées de l'appareil mésenchymateux en thérapeutique. Nouveau procédé pour le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique.*** — Le produit employé est une spécialité allemande, dont M. donne la composition chimique : c'est de l'oxyiodosulfonebenzolpyridine. Ce produit a l'avantage de ne produire aucune réaction générale immédiate. D'autre part, il traverse l'organisme intégralement et sans se décomposer, et cependant les réactions qu'il a provoquées dans les lésions en foyer se poursuivent encore après qu'il a été éliminé. Enfin il possède une action bactéricide spéciale sur les bacilles tuberculeux : des bacilles tuberculeux de souches très virulentes, émulsionnés dans une solution à 5 pour 100 du produit, et placés à l'étuve 24 à 48 heures, se montrent dénués de toute virulence pour le cobaye à la dose de 0 milligr. 5, dose mortelle à coup sûr pour les cobayes témoins (W. Dietrich).

Inefficace ou mal supportée au cours des poussées pneumoniques à manifestations exsudatives, la médication parait utile surtout dans les formes fibreuses ; elle y provoque immédiatement un relèvement de la courbe de poids, et souvent une chute de la température, une augmentation de l'appétit, une diminution de l'expectoration, où l'on voit parfois disparaître les bacilles, enfin une activité sclérosante plus mar-

STANNOXYL

Guérit la Furonculose

STANNOXYL

Tue le Staphylocoque

STANNOXYL

Plus actif que les Vaccins & les Levures

STANNOXYL

Renferme un étain pur exempt de plomb

STANNOXYL

Est parfaitement toléré
N'est nullement toxique

STANNOXYL

Se prend à raison de 8 comprimés par jour

LE FLAÇON 6f. 50

Reg. du Com. : Seine, 176.249. — ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A TOUS LES DOCTEURS

LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS

quée des lésions locales. Dans les stades avancés de la tuberculose pulmonaire chronique, M. utilise des associations de son traitement avec des vaccins streptococciques et staphylococciques (contre les infections associées), ou bien avec des lipoïdes ou avec la caséine. Les cas suivis sont au nombre de plus de 100.

Les courbes de poids, de température et d'expectoration de M. paraissent démonstratives.

Pour la conduite du traitement, les meilleurs points de repère seraient fournis par les réactions leucocytaires. La polynucléose est habituelle chez les tuberculeux, avant tout début de traitement. L'exagération de cette polynucléose, à la suite des premières injections, est une indication de diminuer les doses. Lorsque le traitement est bien conduit, la polynucléose doit, au contraire, s'atténuer progressivement.

Des clochers passagers d'éosinophilie sont de règle au début des traitements bien tolérés. Cette éosinophilie fait défaut si les doses sont excessives. La lymphocytose remplace parfois aussi, d'une manière passagère, la lymphocytopénie habituelle des tuberculeux ; les lymphocytoses durables sont plus rares. Quant à l'augmentation des moyens mononucléaires, elle est souvent plus tardive, quelquefois six jours seulement après l'injection, elle ne se déclenche qu'avec des doses assez fortes ; mais elle est souvent durable, intense, et constitue un des meilleurs indices d'un bon pronostic, car elle indique la réaction du tissu mésenchymateux, qui préside aux processus de sclérose.

C'est en se fiant à ces réactions leucocytaires qu'on peut régler les doses injectées, et l'intervalle qui convient entre les injections. Il faut, en tout cas, éviter toute réaction d'ordre clinique, et commencer par des doses faibles : 0,1 à 0,3 cmc de la solution à 5 pour 100, en injections intramusculaires. Les injections successives peuvent être espacées de 4 à 7 et même 10 jours ; il importe ne ne pas trop les rapprocher pour ne pas compromettre le résultat. La dose optima, à laquelle on arrive progressivement, se trouve généralement comprise entre 1 et 2 cmc.

J. Mouzon.

IL POLICLINICO [*Sezione chirurgica*]

(*Rome*)

Tome XXI, n° 2, 15 Février 1924.

N Della Mano. ***La valeur clinique du « signe de Tansini » pour le diagnostic des métastases intestinales du cancer pylorique.*** — En 1906, Tansini signalait pour la première fois l'importance du gonflement abdominal, en dehors de l'ascite, au cours de l'évolution des cancers du pylore. Il notait la coïncidence de ce gonflement avec une métastase intestinale et pensait que la constatation de ce signe pouvait entraîner une contre-indication opératoire formelle. Il en rapportait de nouveaux cas en 1911 et en 1914. De son côté, d'Este en publiait un, et tout récemment Aperlo, relatant le 6e cas publié, faisait un chaud plaidoyer en faveur du signe de Tansini qu'il considérait comme absolument pathognomonique.

Le travail de M. paraît propre à refroidir notablement cet enthousiasme. Cet auteur, en effet, rapporte en détail 14 cas cliniquement diagnostiqués cancers du pylore, tous opérés et par conséquent contrôlés, chez lesquels le signe de Tansini existait d'une façon absolument nette. Or, 5 seulement des 14 malades présentaient des métastases intestinales, c'est-à-dire que le signe prétendu pathognomonique ne se vérifiait que dans 42 pour 100 des cas. 6 autres malades présentaient de l'infiltration diffuse des viscères abdominaux mais pas de métastases intestinales. Les 3 derniers cas sont particulièrement intéressants : dans l'un d'eux en effet il existait un cancer pylorique avec métastases intestinales et cependant le ventre était absolument plat et même en bateau ; les 2 autres enfin ont été reconnus opératoirement comme porteurs de sténoses bénignes.

Ainsi, d'après les observations de M., non seulement le signe de Tansini n'a pas de valeur absolue, mais il ne permet pas non plus d'affirmer la nature néoplasique de la lésion gastrique, comme le pensait également T.

La seule chose qu'on puisse affirmer avec une certitude à peu près absolue, c'est que la constatation du signe de Tansini chez un malade indiscutablement atteint de cancer du pylore révèle une forme grave, diffuse et à peu près certainement inextirpable d'une manière rationnelle. Mais en aucun cas tant soit peu douteux, on ne saurait, sur ce seul signe, poser la contre-indication formelle d'une laparotomie exploratrice.

En tout état de cause, la pathogénie de ce signe reste encore obscure : réaction péritonéale ou dilatation paralytique de l'intestin sont les hypothèses les plus vraisemblables.

M. Deniker.

A. Giunta. ***Recherches expérimentales sur les rapports existant entre les sécrétions de la rate et des glandes génitales.*** — Les expériences de G. ont été entreprises sur une série de cobayes d'âges et de poids différents, sacrifiés de 15 à 150 jours après la splénectomie et chez lesquels le thymus et les glandes génitales ont été comparés avec ceux d'animaux témoins de même âge et de même poids.

Il résulte de ces recherches que le testicule ou l'ovaire se comportent chez les animaux splénectomisés comme le thymus dont les rapports avec la rate avaient déjà été étudiés antérieurement.

Chez les jeunes animaux il n'existe aucune modification notable ni macroscopique ni microscopique des glandes sexuelles. Mais chez les animaux plus âgés, on observe après la splénectomie des phénomènes d'involution avec raréfaction, puis disparition des cellules de la lignée séminale, d'autant plus accentués que l'on a affaire à des animaux plus vieux et plus tardivement sacrifiés. La persistance et même parfois le développement exagéré des cellules de Sertoli peut au contraire expliquer la fréquence constatée chez de nombreux animaux, tant mâles que femelles, de la persistance de l'appétit sexuel, malgré l'affaiblissement des éléments nobles de la glande.

Cette involution des cellules séminales débute en général lorsque s'arrête l'hyperplasie thymique qui suit immédiatement la splénectomie et à laquelle succède une involution de cette glande plus rapide que chez les animaux témoins.

En résumé, il paraît exister une sorte de cycle d'interférences entre la rate, le thymus, les glandes génitales et, d'une façon générale, l'ensemble des organes appartenant au système hémo-lymphopoïétique. Quels en sont le mécanisme et la nature intime ? Ce sont là des questions encore très obscures et qui appellent de nouvelles recherches.

M. Deniker.

THE LANCET

(*Londres*)

Tome CCVI, n° 5248, 29 Mars 1924.

W. Cramer. ***Les vitamines et les frontières entre la santé et la maladie.*** — Le régime alimentaire habituel contient, semble-t-il, assez de vitamines pour conserver la santé, c'est-à-dire qu'il est facile de combiner, avec les aliments usuels, un régime riche en vitamines ; mais en fait une grande partie de la population absorbe une quantité de vitamines insuffisante, et les enfants surtout en souffrent. Cela tient à des raisons économiques, à l'ignorance du consommateur, à la préparation industrielle de certains aliments.

Cette question ne peut être étudiée seulement à la manière des physiologistes, qui comparent des animaux nourris normalement avec d'autres chez qui la suppression d'une vitamine produit des accidents typiques.

Des observations déjà anciennes, recueillies dans des pensionnats d'enfants où l'alimentation était pauvre en vitamines, ont toute la valeur d'expériences ; ces enfants présentèrent des conjonctivites granuleuses chroniques et des pneumonies atypiques.

C. a pu poursuivre des observations analogues sur des générations successives de rats qui recevaient une alimentation uniforme, leur permettant une croissance suffisante, mais qui cependant contenait peu de vitamines. L'adjonction d'huile de foie de morue et de levure accélère leur développement ; les meilleurs résultats sont obtenus si l'on en donne aux femelles pendant la gestation et l'allaitement ; elles ne perdent pas de poids ; leurs petits sont plus vigoureux, et si l'on vient à les priver de vitamines, ils ne font des accidents que tardivement.

Comment agissent les vitamines ? On sait que l'absence de vitamine B produit une atrophie anatomique et fonctionnelle du tissu lymphoïde, avec leucopénie ; l'absence de vitamine A, une atrophie des villosités intestinales, les bactéries pénétrant jusqu'au fond des glandes de Lieberkühn. D'autre part la vitamine B augmente l'appétit, et l'injection intraveineuse d'extraits d'aliments riches en vitamines excite la sécrétion pancréatique. On peut en conclure que les vitamines sont des substances analogues aux hormones, ayant une action stimulante sur certains tissus.

En clinique, si la levure agit bien contre la constipation, c'est que certaines formes, avec stase dans le cæcum, résultent de l'absence de vitamines B ; or celles-ci abondent dans la levure. De même, par l'huile de foie de morue, on lutte contre les troubles gastro-intestinaux consécutifs aux lésions qui résultent de la privation de vitamines A.

Dans l'alimentation populaire, certains aliments très répandus sont pauvres en vitamines : le pain, fait avec une farine trop blanche, la margarine, le lait bouilli.

En ce qui concerne les conséquences sociales, il faut se souvenir que ce sont les jeunes enfants, aussi bien que les jeunes animaux, qui ont surtout besoin de vitamines. La mère, pendant la grossesse, les enfants, pendant les premières années, doivent en recevoir en abondance, pour que les enfants ne présentent pas des accidents, des troubles du développement, auxquels l'administration ultérieure de grandes quantités de vitamines ne peut qu'imparfaitement remédier.

J. Rouillard.

N° 5249, 5 Avril 1924.

Leonard G. Parsons. ***Les états de dénutrition dans la première enfance.*** — Les premières descriptions du « marasme infantile » remontent au xvie et au xviie siècle (Mercurialis, Primrose). De nombreux travaux ont été consacrés à cette question ; parmi les plus récents, il faut citer ceux de Czerny et de Finkelstein.

Czerny considère que l'athrepsie n'est pas une entité morbide, mais un trouble général de la nutrition qui résulte de troubles digestifs ou de processus infectieux, et qui s'observe surtout chez des enfants de souche névropathique ou de « diathèse hydropique », c'est-à-dire présentant des troubles du métabolisme de l'eau et des sels. Les causes de troubles digestifs sont une alimentation lactée trop abondante ou trop prolongée, une mauvaise assimilation des graisses du lait, ou bien une alimentation hydro-carbonée excessive, pauvre en graisses et en protéines. Les aliments protéiques n'auraient pas d'influence nocive.

Pour Finkelstein, le sucre et les sels sont responsables des troubles : les sels du petit-lait lèsent la muqueuse intestinale, diminuent sa sécrétion, et atténuent son pouvoir bactéricide, ce qui entraîne une fermentation anormale des sucres. Aussi conseille-t-il un lait hyperalbumineux, pauvre en sucre.

D'autres auteurs (Marriott) ont incriminé la différence du pH et de la réserve alcaline du lait de femme et du lait de vache.

P. cite ensuite les classifications de Marfan et de Nobécourt, qui ont l'avantage d'être principalement cliniques et de ne pas faire appel à des théories discutables.

Puis il indique sa classification personnelle, à la fois clinique et pathogénique.

Résumant les travaux faits sur la digestion et l'absorption des graisses chez l'enfant, il montre la nécessité d'un examen méthodique : connaître la teneur d'un repas en graisse, s'assurer que les selles étudiées proviennent de ce repas, poursuivre cet examen pendant cinq jours au moins. Il faut savoir d'autre part que les graisses fécales ne sont pas seulement des graisses alimentaires non absorbées, mais qu'il y a une sorte d'excrétion de substances grasses dans l'intestin.

Quant à l'absorption des graisses par l'intestin, P., l'étudiant sur 43 enfants athrepsiques, note que 86 pour 100 des graisses sont absorbées ; ce taux est très voisin des chiffres de 89 pour 100, 87 pour 100 observés chez des enfants normaux.

La présence de graisses et de grumeaux savonneux dans les selles n'est pas une preuve absolue de la non-digestion des graisses ; car dans tous les cas où il l'a observée, pourvu qu'il n'y ait pas de diarrhée, P. a vérifié que la digestion intestinale des graisses était normale, et l'absorption satisfaisante.

La non-digestion des graisses s'observe chez les enfants athrepsiques dans deux conditions :

1° Quand il y a de la diarrhée, car le péristaltisme intestinal est accéléré, les matières ne séjournent

pas dans l'intestin, et la dissociation des graisses est alors insuffisante; 2° quand l'enfant ingère des laits secs trop gras. J. Rouillard.

Horst Œrtel. ***Pancréas et métabolisme diabétique.*** — Cette question est à l'ordre du jour depuis la découverte de l'insuline et depuis les travaux récents de Geelmuyden sur la formation d'hydrates de carbone dans l'organisme animal et sur le métabolisme chez les diabétiques.

H. O. ne partage pas les idées généralement admises sur l'insuline qui serait une sécrétion des ilots de Langherans et capable de brûler le sucre du sang.

Au point de vue anatomique il pense que les ilots ne sont pas des éléments indépendants, qu'ils ont la même origine embryologique que le reste du parenchyme, qu'ils ont des connexions avec ce parenchyme et avec les conduits excréteurs, et qu'au cours des atrophies pancréatiques ils subissent les mêmes transformations que les cellules acineuses. Les îlots seraient une partie intégrale du pancréas, interchangeable avec les éléments glandulaires; ils représentent une phase morphologique des cellules pancréatiques qui sont dans un état d'instabilité, de modification continuelle.

La ligature expérimentale du pancréas détermine, il est vrai, une atrophie du tissu pancréatique, et tardivement, il ne persiste que des amas cellulaires enfouis dans du tissu fibreux : ceux-ci ont l'apparence d'ilots, mais comme il y a des transitions nettes entre les cellules parenchymateuses et ces amas, on ne peut affirmer qu'ils soient des ilots.

L'identification des îlots par des colorants spéciaux peut être valable chez certains animaux inférieurs, mais elle est impossible chez l'homme, et en tout cas, elle n'a d'autre valeur que d'indiquer un aspect morphologique, un stade particulier.

Quant aux modifications des ilots chez les diabétiques, elles ne sont pas décisives.

Aussi H. O., après Hansemann, Herxheimer, admet bien que le pancréas joue un rôle important dans le métabolisme, mais il l'attribue à l'activité propre de tout l'organe, et non à la sécrétion des ilots. Il est d accord avec Milne et Peters pour qui, chez le diabétique, puisque la teneur des tissus en glycogène est toujours réduite, la maladie dépend d'une production excessive de glucose aux dépens du glycogène; cette production excessive serait due au défaut de sécrétion d'une enzyme antidiastasique, ou mieux à l'action d'une substance qui devrait être détruite par le pancréas et qui ne l'est plus.

D'autre part, d'après Geelmuyden, il y a, au cours du diabète, une production anormale de sucre aux dépens des graisses et des albumines, ce qui serait dû à une action excessive de l'adrénaline ; l'insuline agirait favorablement en diminuant ou en supprimant cette production de sucre.

J. Rouillard.

ANNALS OF SURGERY

(Londres, Philadelphie)

Tome LXXIX, n° 3, Mars 1924.

H. B. Gessner. ***L'opération de Matas dans les anévrismes.*** — G. relate 2 nouveaux cas d'anévrismes, pour lesquels il a employé la technique de Matas. Dans un précédent travail il avait apporté 7 observations. Ces 9 cas, tous observés chez des hommes de couleur (vrais nègres ou sangs mêlés), ont été des succès, car la perméabilité artérielle a été constatée, même à longue échéance, certains malades ayant été revus au bout d'un, 4 et 9 ans. Au point de vue des résultats définitifs, on ne peut néanmoins tabler que sur 7 cas, car 2 opérés sont morts, l'un d'érysipèle, l'autre d'abcès de la prostate, peu de temps après l'intervention.

Dans les 9 cas relatés il s'agissait d'anévrismes fémoraux ou poplités se décomposant ainsi : 1 anévrisme faux; 4 artériels fusiformes; 4 artério-veineux, dont 2 varices anévrismales et 2 anévrismes enkystés artériels. G. pratiqua 5 fois l'anévrismorraphie oblitérante et 4 fois la restauratrice La reconstructive n'a jamais été employée. Dans aucun cas il n'a observé de gangrène ni d'hémorragie secondaire.

La méthode de Matas mérite d être plus employée qu'elle ne l'est encore à l'heure actuelle. Si la technique en est plus délicate, les résultats en sont plus anatomiques et plus satisfaisants que ceux de l'extirpation simple ou des ligatures.

M. Deniker.

ENDOCRINOLOGY

(Los Angeles)

Tome VIII, n° 1, Janvier 1924.

W. Englebach et A. McMahon. ***Développement des os et troubles endocriniens.*** — De l'avis d'E. et de M., les cliniciens négligent trop les renseignements fournis par l'étude radiologique du développement des os dans les diverses endocrinopathies; elle fournirait cependant des renseignements de plus grande valeur que l'exploration du métabolisme basal et les tests dits spécifiques.

E. et M. se sont d'abord appliqués à établir le plus exactement possible la date d'apparition des divers points d'ossification chez les sujets normaux en s'appuyant sur les données fournies par l'anatomie et par leurs examens radiologiques personnels et ceux des auteurs qui se sont spécialement occupés de cette question. Ils sont arrivés à établir ainsi un tableau chronologique de l'apparition des points d'ossification et de la soudure des épiphyses chez le sujet normal, qu'on consultera avec fruit.

Comparant ensuite à ce tableau les trouvailles radiologiques faites aux différents âges chez un grand nombre d'individus atteints de désordres endocriniens variés, ils ont pu mettre en évidence des troubles du développement osseux caractéristiques qui permettent un diagnostic précoce. Leur travail est accompagné d'une profusion de radiographies démonstratives qui montrent comment aux différents âges se présentent ces troubles du développement osseux dans les diverses endocrinopathies.

C'est ainsi que dans l'*hypothyroïdie* simple on peut démontrer à tout âge jusqu'à celui du développement complet normal du squelette, le retard dans le développement de tous les os, et non seulement de ceux du carpe, ce qui constitue un appoint précieux pour le diagnostic de l'hypothyroïdie lorsque les sujets ont franchi la période du développement complet du carpe.

Dans l'*insuffisance testiculaire* et l'*eunuchisme*, on rencontre constamment une union tardive des épiphyses des os longs qui, associée à l'intervention de l'hormone provenant du lobe antérieur de l'hypophyse, rend compte de l'hypertrophie des os longs constatée dans ces états. Ces anomalies font défaut dans l'insuffisance testiculaire tardive.

Au cours de l'*insuffisance primitive du lobe antérieur de l'hypophyse*, qui s'accompagne secondairement d'insuffisance génitale, on trouve toujours une soudure tardive des épiphyses des os longs, mais associée cette fois à un défaut de développement de ces os, l'hormone du lobe antérieur étant déficiente.

Le syndrome de puberté précoce, d'*origine pinéale*, se caractérise par une avance considérable dans le développement des points d'ossification et par la fermeture prématurée des lignes épiphysaires, anomalies qui confirment l'action de l'hormone testiculaire sur la croissance des os et s'opposent aux constatations faites dans l'insuffisance génitale.

L'*état thymolymphatique* s'accompagne d'un retard du développement osseux analogue à celui qu'offre l'hypothyroïdie légère. Il serait intéressant d'étudier de près les modifications osseuses rencontrées dans l'hypertrophie du thymus pour élucider la question si débattue des rapports du thymus avec le développement du squelette.

Au cours des *syndromes pluriglandulaires*, l'interprétation des radiographies osseuses devient très délicate. E. et M. se croient autorisés à conclure que dans les troubles thyro-hypophysaires il existe une avance dans l'apparition des centres d'ossification des os du carpe et des os longs par rapport aux constatations faites dans l'hypothyroïdie pure. Dans les états hypophyso-hypothyroïdiens on trouve un retard dans l'apparition des points d'ossification et dans la soudure des épiphyses plus marqué que dans l'hypothyroïdie pure. Dans les autres syndromes pluriglandulaires, les constatations sont hétérogènes et dépendent de l'ordre respectif d'apparition des divers troubles endocriniens.

P.-L. Marie.

M. Thorek. ***Recherches expérimentales sur le rôle des cellules de Leydig, des cellules de Sertoli et des cellules séminales et sur les effets de la transplantation du testicule.*** — Bien que la plupart des auteurs soient d'accord pour regarder les cellules interstitielles comme le lieu d'origine de l'hormone gouvernant les caractères sexuels et l'appétit génésique, T., en présence des controverses qui ne sont pas encore définitivement apaisées, a jugé utile d'apporter de nouvelles preuves tirées de l'expérimentation sur les singes supérieurs et de ses observations sur l'homme.

Soumettant des singes (macaques et cynocéphales) en pleine maturité sexuelle à la castration, il a vu s'établir graduellement l'impuissance et se perdre toute ardeur génésique, parfois après une courte période de surexcitation. Transplantant alors chez 5 de ces animaux des testicules d'autres singes irradiés suffisamment pour détruire toutes les cellules séminales sans altérer notablement les cellules de Leydig et chez le 6e un testicule ectopique humain, il a constaté la réapparition de l'appétit sexuel et de la puissance chez la plupart des singes, notamment chez le 6e. L'examen histologique des testicules irradiés implantés montra qu'ils étaient formés exclusivement de cellules interstitielles proliférées; celui du testicule ectopié décela l'absence de toute cellule séminale.

L'observation clinique confirme que la fonction spermatogénique est limitée aux tubes renfermant des cellules séminales et que seules les cellules de Leydig produisent la sécrétion interne qui détermine les caractères sexuels secondaires, la puissance et l'ardeur génitales. Chez un homme de 23 ans atteint à 10 ans d'orchite ourlienne double et qui présenta vers 20 ans une disparition progressive de l'éjaculation, tout en ayant des caractères sexuels normaux et en gardant une vive ardeur génésique, la biopsie des testicules montra, en même temps qu'une diminution du volume et de la consistance des glandes, une dégénérescence totale de l'épithélium séminal et une augmentation du nombre des cellules de Leydig parfaitement intactes. De même chez un homme de 70 ans, atteint de cryptorchidie bilatérale, mais ayant conservé une activité génitale encore vive, l'examen des testicules révéla, à côté d'une absence totale des cellules séminales, des ilots de cellules interstitielles d'aspect normal entourées d'un syncytium réticulé très développé semblant résulter de la transformation de ces éléments et rappelant l'apparence qu'ils prennent dans les testicules transplantés. Inversement, chez un patient présentant des stigmates d'eunuchisme, T. a constaté l'absence de cellules interstitielles contrastant avec l'abondance des cellules de Sertoli et des spermatogonies.

En terminant, T. donne un tableau résumant les résultats de 97 transplantations testiculaires (homo et hétérotransplantations) qu'il a pratiquées depuis 4 ans. Il considère cette intervention comme un progrès thérapeutique important; il préconise la greffe dans l'espace sus-péritonéal, dans la région des vaisseaux épigastriques profonds et dans la fosse rétrorénale entre la capsule de Gerota et le fascia endoabdominal, ce qui permet d'éviter toute compression au testicule implanté. La galvano-cautérisation de l'albuginée permet une vascularisation plus rapide.

P.-L. Marie.

Ch. E. Nixon. ***Un cas d'eunuchisme amendé par l'implantation de testicule.*** — Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, sujet depuis l'âge de 12 ans à des attaques de petit mal, présentant une grande taille (1 m. 89), une obésité du type féminin, une légère hypertrophie des seins, une absence de poils sur le visage, sur le corps et aux aisselles, tandis que les poils pubiens affectaient une disposition féminine, des organes génitaux externes d'apparence normale, mais un liquide vésiculo-prostatique dépourvu de spermatozoïdes. On pouvait penser à des troubles d'origine hypophysaire, bien que la selle turcique fût normale. On essaya l'extrait de lobe antérieur d'hypophyse, mais bientôt, pensant à de l'eunuchisme, on injecta sous la peau du tissu testiculaire haché selon la technique de Stanley. 10 jours après, le malade avait perdu 1 kilogr. et se montrait plus actif. Il continua à perdre du poids (10 kilogr. en 4 mois); la barbe se mit à croître; sa résistance physique devint meilleure.

Au bout de 4 mois, tout en cessant le traitement hypophysaire, on fit une seconde injection de testicule. L'amélioration alla en s'accentuant et on doit l'attribuer, non à l'extrait hypophysaire, puisque sa cessation n'amena pas de rechute, mais bien à l'implantation de tissu testiculaire.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

Tome XV, n° 3, Mars 1924.

Cestan, Riser et M. Péres (de Toulouse). ***Physio-pathologie des ventricules cérébraux dans la syphilis nerveuse.*** — Chez 16 malades atteints de syphilis cérébrale (paralysies générales, hémiplégies par artérite, tabes amaurotique), C., R. et P. ont comparativement étudié le liquide arachnoïdien retiré par la classique ponction lombaire et le liquide ventriculaire obtenu par trépano-ponction pendant la vie.

L'analyse de ces faits montre que les modifications pathologiques du liquide ventriculaire n'ont aucun rapport avec le stade et le mode évolutif de l'affection cérébrale, même dans les cas de paralysies générales, et il est inutile de rechercher dans ce sens les éléments d'un diagnostic précoce de cette affection.

Les différences de composition entre les liquides ventriculaire et spinal d'un même malade sont expliquées par deux ordres de faits : 1° l'existence ou l'absence de lésions inflammatoires au niveau du ventricule, d'où, suivant les cas, l'altération ou le caractère normal du liquide ventriculaire : à liquide normal correspond un ventricule indemne et inversement; 2° le sens toujours identique du courant liquidien qui se dirige des ventricules vers les espaces sous-arachnoïdiens : il n'y a pas de courant rétrograde.

L'importance, la rapidité du courant liquidien ventriculo-méningé peuvent être approximativement mesurées par la technique des tests colorés qui consiste à introduire une substance colorante dans les ventricules cérébraux et à la rechercher dans le liquide arachnoïdien. C., R. et P. précisent d'ailleurs diverses causes d'erreur qu'il importe d'éviter dans cette étude.

Il convient de réviser l'hypothèse d'une circulation continue et intense du liquide céphalo-rachidien. Chez la plupart des paralytiques généraux comme chez les sujets normaux, il n'y a pas de circulation rapide et continue du liquide qui va des ventricules aux méninges molles en dehors de toute sécrétion compensatrice ou provoquée. L. Rivet.

A. Lemierre et Léon-Kindberg. ***Etude clinique sur la gangrène pulmonaire.*** — L. et K. relatent 13 cas personnels, dont l'étude montre qu'aujourd'hui la gangrène pulmonaire, beaucoup plus fréquente que jadis, apparait le plus souvent, non pas comme une affection aiguë généralement mortelle à bref délai, mais comme une affection subaiguë, et même chronique : le foyer persiste à bas bruit, se réveille par instants; des cavernes putrides, passagères elles aussi, peuvent apparaître pour s'effacer, et cette succession, à intervalles variables, d'épisodes bruyants paraît tout à fait caractéristique.

Peut-être la thérapeutique actuelle est-elle responsable de cette modification du tableau clinique. La teinture d'ail, les injections huileuses intratrachéales n'ont évidemment joué qu'un rôle secondaire; le novarsénobenzol est trop rarement employé, à Paris du moins; le pneumothorax artificiel, souvent impossible à réaliser et toujours aléatoire dans les pneumopathies gangreneuses, les interventions chirurgicales, n'ont que des indications spéciales et rares.

Il n'en est pas de même pour la sérothérapie antigangreneuse. Celle-ci n'est évidemment pas spécifique, car le sérum mixte que l'on emploie communément est un mélange de sérums antiperfringens, antiœdematiens, antivibrion, tous germes que l'on ne rencontre justement pas, ou du moins exceptionnellement, dans la gangrène pulmonaire. La voie intraveineuse paraît réservée aux cas d'urgence. Les injections locales, intratrachéales, intrapulmonaires, intrapleurales, n'ont donné aux auteurs aucun résultat appréciable, ce qui cadre bien avec la non-spécificité des antitoxines du sérum. L. et K. ont pratiqué des injections sous-cutanées à doses souvent considérables : leur action favorable paraît incontestable, mais l'amélioration n'est presque jamais immédiate, elle ne se manifeste qu'au bout de quelques jours, parfois au moment où l'on cesse les injections, coïncidant dans quelques observations avec l'apparition d'accidents sériques. De plus, presque toujours cette amélioration n'est que passagère; l'infection se réveille à plusieurs reprises : il n'y avait qu'apparence de guérison. Si l'on ajoute que, dans certains cas, la même évolution se montre sans sérothérapie, on peut se demander si celle-ci joue bien un rôle primordial dans l'aspect clinique actuel de la gangrène pulmonaire et s'il ne faut pas incriminer deux grandes causes qui ont souvent présidé à son éclosion ; la grippe et les gaz asphyxiants.

L'examen radiologique montre des aspects variés : parfois, c'est une aire triangulaire obscure, dont la base est à l'aisselle et le sommet au hile, et où une caverne se creuse puis disparait ou au contraire persiste sans donner lieu à aucun symptôme; L. et K. ont surtout constaté cet aspect dans les cas trainants, subaigus. Plus fréquemment, ils ont vu un gros empâtement périhilaire, où une spélonque peut apparaître à certaines périodes, et qui, lors des poussées évolutives, s'accroit excentriquement en gagnant les parties superficielles du poumon. Enfin, quelquefois, aucun signe objectif n'est décelable, et, dans l'intervalle des rechutes, seules la fétidité intermittente de l'haleine et quelques hémoptysies montrent que le foyer n'est éteint qu'en apparence. Seule l'épreuve du temps permet d'affirmer la guérison définitive.

L. Rivet.

Léon Daniello (de Cluj). ***Contribution à l'étude des prétendus états anergiques observés chez les hépatiques tuberculeux.*** — Dans le but de vérifier les recherches de N. Fiessinger et Brodin sur l'anergie hépatique, D. a étudié 50 cas dans lesquels, à côté d'une tuberculose plus ou moins manifeste, il existait aussi une affection hépatique. Les résultats de ses expériences semblent montrer que la conception de l'anergie hépatique est encore loin d'être un fait établi.

Il y a d'ailleurs lieu de douter de l'identité des états anergiques dans la rougeole et la fièvre typhoïde d'une part, et d'autre part du processus biologique qui se passe à l'occasion d'une hépatite survenue au cours d'une tuberculose : les deux ordres de faits ne sont pas comparables.

L'ictère, à l'exception de rares cas fébriles graves, ne semble pas produire dans l'organisme un état d'anergie négative vis-à-vis de la tuberculose; le manque de la cutiréaction ou la diminution de son intensité sont le résultat d'une modification de la capacité réactionnelle du derme, produite par l'ictère, cette capacité étant conservée pour le reste de l'organisme.

Les altérations chroniques du foie aggravent la tuberculose. Mais, dans la production de cette aggravation, elles n'interviennent pas d'une manière spécifique, supprimant brusquement une allergie existante; celle-ci diminue lentement, passant vers l'anergie terminale négative, à mesure que le processus bacillaire se généralise, et l'organisme est pénétré des produits intermédiaires toxiques du métabolisme que le foie insuffisant ne parvient plus à éliminer ou à neutraliser.

D. estime donc impropre le terme d'anergie hépatique proposé pour exprimer cet état d'insuffisance fonctionnelle. L. Rivet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

(Paris)

Tome XLI, n° 4, Avril 1924.

Poyales (Madrid). ***L'insuline en ophtalmologie.*** — P. rappelle brièvement l'historique de l'insuline en thérapeutique antidiabétique. Au point de vue ophtalmologique, la question se pose de la valeur de l'insuline comme agent thérapeutique dans les lésions oculaires diabétiques, et de sa valeur avant une intervention ophtalmologique chez un diabétique porteur de lésions oculaires soit diabétiques, soit non diabétiques.

P. donne par voie sous-cutanée de 5 unités à 20 (au maximum) d'insuline Burrough Welcome, sans égard au régime alimentaire. Il recommande de faire une recherche préalable du sucre et de l'azote du sang, car il pense que la réduction du sucre aggrave la toxémie rénale.

En somme, l'insuline, jointe à une diététique rigoureuse, peut rendre des services dans les manifestations diabétiques oculaires simples, chez les diabétiques à marche lente. Son emploi avant un acte chirurgical est efficace, car la réduction du sucre renforce la défense de l'organisme. Sa valeur est grande surtout lorsqu'il s'agit de troubles oculaires non diabétiques apparus chez un diabétique. Il faut s'abstenir de l'insulinothérapie chez les néphrétiques diabétiques. A. Cantonnet.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS

(Paris)

Tome XXVII, n° 1, Janvier 1924.

E. N. Zehnter et René Foncin (de Strasbourg). ***L'acidité urinaire dans la tétanie du nourrisson.*** — Ce travail constitue une étude critique de la théorie de l'alcalose. Z. et F. ont examiné les urines de douze enfants en période de spasmophilie manifeste. Dans aucun cas ils n'ont constaté d' « alcalose ». Leurs chiffres indiquent au contraire des valeurs acides.

La guérison de la tétanie par l'actinothérapie ne s'accompagne pas d'une augmentation de l'acidité urinaire avec élimination de grandes quantités de phosphates. Pour Z. et F. l'acidification des urines observée par Freudenberg et György après administration de chlorure de calcium et de chlorhydrate d'ammoniaque est un phénomène banal dû à l'ingestion de ces médicaments, mais sans relation causale avec la guérison. Ces médicaments semblent plutôt agir par le relèvement de la calcémie (Blühdorn, Woringer).

L'examen des urines ne permettant pas de conclure à une alcalose ou acidose du sang et des tissus, ce travail ne peut fournir de preuve contre l'alcalose de l'organisme dans la tétanie du nourrisson. Cette théorie reste une hypothèse possible, mais nullement prouvée. Il est donc prématuré d'attribuer également à l'alcalose la tétanie du nourrisson et les autres tétanies parathyréoprive, gastrique et respiratoire.

La tétanie du nourrisson se distingue des autres tétanies par l'hypocalcémie, mais l'origine de cette dernière reste énigmatique. Les résultats thérapeutiques obtenus par l'irradiation à la lampe de quartz et par le soleil sont très probants, mais le mécanisme de cette action curative est inconnu.

G. Schreiber.

ARCHIV für KINDERHEILKUNDE

(Stuttgart)

Tome LXXIV, fasc. 1, 8 Mars 1924.

A. Eckstein (de Fribourg). ***Recherches expérimentales et histologiques sur le « rachitisme des rats » et sur l'action des irradiations de la lampe à arc.*** — E. a soumis 43 rats à une alimentation privée de vitamine A, de phosphore et de graisse; sur une partie d'entre eux il a étudié l'action des irradiations. Des lésions osseuses importantes ont pu être provoquées chez quelques animaux, rappelant celles du rachitisme, mais peut-être aussi celles de la maladie de Barlow. En tout cas on pouvait discriminer la « maladie par inanition osseuse » (Seeliger).

L'âge est un facteur important. Durant la période d'allaitement, les rats présentent des lésions osseuses manifestes avec troubles du bilan calcique. Les animaux sevrés, privés de vitamines, vivent moins longtemps, mais leur squelette reste indemne. Chez les rats plus âgés on peut constater des lésions osseuses qui donnent lieu à des fractures spontanées. Toutefois, malgré certaines analogies, la maladie expérimentale dénommée *rachitisme des rats*, caractérisée par des lésions osseuses et une dystrophie grave, ne

SIROP DUBOIS AU CRÉOSAL

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE: Laboratoires LALEUF, 49 Avenue de La Motte-Picquet, Paris (15e)

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE: Laboratoires LALEUF, 49 Avenue de La Motte-Picquet, Paris (15e)



ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE: Laboratoires LALEUF, 49 Avenue de La Motte-Picquet, Paris (15e)

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE: Laboratoires LALEUF, 49 Avenue de La Motte-Picquet, Paris (15e)
R. C. Seine 201.116

" Voies respiratoires "

GRIPPE

COQUELUCHE

TOUX DES TUBERCULEUX

"GOUTTES NICAN"

Sédatif, Décongestif, Antispasmodique très puissant et fidèle

Se méfier des contrefaçons :

Toute imitation est dangereuse ou inefficace

Syphilis
Paludisme
" QUINBY "

Echantillons et Littératures :
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-&-O.). — France.

Reg. du Com. : Versailles, 2.057.

permet pas d'expliquer les problèmes cliniques, étiologiques et anatomo-pathologiques que soulève le *rachitisme humain.*

Les animaux soumis aux irradiations de la lampe à arc semblent avoir survécu plus longtemps; mais la perte de poids et l'arrêt de la croissance ne semblent pas avoir été influencés par les rayons, ni la xérophtalmie observée sur une série de rats.

Sur les animaux, encore plus que chez l'homme, les irradiations paraissent exercer une influence heureuse spécifique sur les échanges calciques du système osseux; par contre elles semblent n'avoir aucune action sur les divers organes atteints par la carence, à l'exception de la rate, dont les lésions sont plus atténuées chez les rats irradiés. E. fait observer, par ailleurs, que les animaux présentent une susceptibilité individuelle très variable à l'égard des irradiations : l'état général de tel rat sera particulièrement satisfaisant, alors que d'autres rats irradiés succomberont plus rapidement que les animaux non traités. G. Schreiber.

Alois Bratusch-Marrain (de Graz). *Observations sur le tétanos des nouveau-nés.* — En l'espace de 18 années, de 1906 à la fin de 1923, 36 cas de tétanos des nouveau-nés ont été soignés à la clinique infantile de Graz. Il y a lieu de présumer qu'en dehors de ces cas, très peu d'autres ont dû se produire dans la ville ou dans ses environs.

Au point de vue étiologique, A. B-M. constate que sur 26 cas survenus à Graz même, 19 provenaient d'arrondissements situés sur la rive droite de la Mur et 6 seulement de la rive gauche. Cette différence s'explique aisément par la prédominance notable de vieilles maisons sur la rive droite.

Jusqu'à l'année 1921, l'issue de la plupart des cas fut mortelle. Sur 28 enfants, 27 succombèrent, soit une mortalité de 96,5 pour 100. A partir de 1922, on note au contraire 50 pour 100 de guérisons, pour 8 cas traités. Cette amélioration très appréciable de la statistique paraît à A. B.-M. attribuable à l'adjonction au traitement par le sérum antitétanique d'injections sous-cutanées de 5 cmc d'une solution de sulfate de magnésie à 4 pour 100, pratiquées d'abord tous les jours, puis tous les deux jours.

G. Schreiber.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN und CHIRURGIE (Iéna)

Tome XXXVI, n° 4, 1923.

H. A. Grueter. *Un signe objectif des lésions cérébrales, le réflexe auriculo-palpébral de clignement.* — Kisch, en 1918, a montré que normalement l'excitation tactile ou calorique du fond du conduit auditif ou de la membrane du tympan est suivie d'un bref battement des paupières du côté excité qui s'accompagne dans la moitié des cas d'une sécrétion des larmes; l'excitation de la peau du pavillon de l'oreille ne produit pas ce résultat. La durée du réflexe est au plus de 8 secondes avec l'excitation calorique. Kisch constata l'existence de ce réflexe auriculo-palpébral chez tous les sujets normaux examinés. Par contre, il se montra absent ou présent d'un seul côté ou bien encore prolongé chez divers malades atteints d'affections du système nerveux central ou périphérique. L'absence du réflexe coïncidait dans certains cas avec la production d'une dilatation pupillaire accompagnée parfois de protrusion des globes oculaires. Il s'agirait d'un réflexe trigémino-facial dont la partie centripète est représentée par le nerf du conduit auditif externe et par le nerf de la membrane du tympan, branches de l'auriculo-temporal, émané du nerf ophtalmique de Willis, la voie centrifuge par les filets du facial innervant la musculature palpébrale. L'arc réflexe serait fermé au voisinage du noyau du facial.

Wodak, Winter, Koll, Hellmann confirmèrent les recherches de Kisch et montrèrent l'intérêt de ce réflexe qu'ils trouvèrent toujours présent chez les sujets sains et dont l'absence, d'ailleurs inconstante chez les sujets à système nerveux touché, semblait constituer un signe objectif de valeur. Toutefois Stork prétendit que le réflexe n'était pas constant chez les sujets sains.

G. a repris l'étude de ce réflexe. Il se sert de l'excitation calorique, préférable à divers égards. Après nettoyage du conduit, il y verse le contenu d'une pipette de 1 cmc remplie d'eau à 16°. Il explore ensuite avec un stylet garni d'ouate la sensibilité du conduit dont le défaut pourrait justifier l'absence du réflexe. Chez 150 sujets dont l'appareil auditif et le système nerveux paraissaient sains, le réflexe normal fut constamment mis en évidence; il n'y eut que 2 exceptions apparentes, mais il fut établi que les 2 sujets en question chez lesquels le réflexe manquait avaient subi dans un passé lointain un grave traumatisme cranien. Parallèlement, G. a examiné des sujets supposés atteints d'affection cranio-cérébrale; 14 cas étaient étiquetés cliniquement tumeur cérébrale ou affection des méninges craniennes, 25 traumatismes craniens avec ou sans lésions osseuses ou cérébrales apparentes. Parmi ces 39 cas pathologiques, le réflexe ne fut trouvé normal que 3 fois; dans 2 de ces cas, il n'existait aucun signe objectif et il semblait bien s'agir de sinistrose; dans le 3e cas, il y avait une fracture compliquée de l'os frontal. Dans 3 cas le réflexe fut trouvé prolongé; normalement le clignotement ou l'occlusion palpébrale ne dure pas plus de 2 à 5 secondes; il s'agissait 2 fois de commotion cérébrale et dans un cas de crises de nature hystérique probable. Dans les 33 autres cas le réflexe manquait ou était très affaibli, 24 fois d'un seul côté et toujours alors du côté de l'extrémité paralysée, 9 fois des deux côtés chez des blessés atteints tous de graves traumatismes craniens, de sorte que G. attribue l'absence bilatérale du réflexe au contre-coup subi qui créerait une lésion dans la voie réflexe du côté opposé au traumatisme, lésion dont le siège reste actuellement indéterminé. La sensibilité du conduit fut trouvée normale dans tous les cas où le réflexe existait; dans les 24 cas où il manquait d'un seul côté, elle se montra normale 3 fois; dans les 9 cas où le réflexe était absent des deux côtés, elle n'était normale que chez un sujet.

En somme, le réflexe de Kisch existe toujours chez les sujets dont le système nerveux et l'appareil auditif sont intacts. Sa présence au cours de lésions craniennes ne permet pas d'exclure avec certitude l'existence d'altérations du système nerveux central. Par contre, son absence uni ou bilatérale ou sa diminution très marquée permet de conclure à l'atteinte certaine des centres nerveux. A ce titre, il mérite d'être recherché dans les expertises de blessés du crâne. P.-L. Marie.

E. Marr. *L'influence des facteurs extra-rénaux sur l'épreuve de la diurèse provoquée.* — M., à propos d'un travail de Gundermann et Düttmann, insiste sur l'importance des facteurs extra-rénaux dans l'épreuve de la diurèse provoquée dont ils peuvent troubler le sens. Ces auteurs avaient employé la technique de Volhard qui consiste à faire ingérer au sujet à jeun, couché, pesé et en équilibre chloruré, 1.500 gr. d'eau, à recueillir et à mesurer l'urine toutes les demi-heures pendant les 4 heures suivantes. A ce moment le sujet est pesé et prend un repas sec. Puis on recueille les urines qu'on mesure toutes les 2 heures jusqu'au lendemain, le patient n'ingérant aucun liquide pendant ce temps. On détermine la densité et la teneur en chlorures des différents échantillons. Normalement, les 2 ou 3 premières mictions sont les plus abondantes, puis les quantités éliminées s'abaissent, et la concentration s'accroît. L'élimination extra-rénale de l'eau se déduit des deux pesées effectuées.

Gundermann et Düttmann avaient conclu de leurs recherches que les malades atteints d'ulcère gastrique se distinguent par une excrétion aqueuse minime et une bonne excrétion chlorurée, tandis que les cancéreux éliminent très peu de chlorures et, après une excrétion aqueuse initiale satisfaisante, présentent finalement de la rétention. L'épreuve aurait une valeur diagnostique considérable.

M. montre d'abord combien est important et encore mal connu le trafic extra-rénal de l'eau qui comporte à la fois des phénomènes d'élimination et de rétention. Dans l'élimination interviennent les diverses sécrétions (sueur, expectoration, vomissements), la vapeur d'eau de l'air expiré, les selles; dans la rétention extra-rénale, les conditions de la circulation et les fonctions des capillaires, les obstacles mécaniques à l'absorption de l'eau (sténoses du tube digestif), les états fébriles et cachectiques, les modifications du calibre des vaisseaux des reins (artério-sclérose, rein flottant, etc). Le trafic extra-rénal du chlorure de sodium est soumis à des influences aussi variées et complexes. Ces considérations font déjà prévoir que trop de variables et de causes d'erreurs jouent un rôle dans l'épreuve de la diurèse provoquée pour que celle-ci soit capable de fournir des résultats clairs en pathologie gastrique.

Après une critique serrée des observations de Gundermann et Düttmann, M. expose ses propres recherches dans l'ulcère et dans le cancer gastriques qui ont donné des résultats trop variables pour qu'on puisse attribuer une formule d'élimination aqueuse et chlorurée caractéristique de chacune de ces maladies, si bien que la valeur diagnostique de l'épreuve est pratiquement nulle. Des 4 ulcéreux étudiés, 4 avaient une élimination aqueuse déficitaire, 2, par contre, une normale; l'excrétion chlorurée était bonne chez tous. Chez 3 cancéreux sur 5, l'élimination aqueuse était satisfaisante, insuffisante chez les autres qui présentaient des signes de sténose pylorique. L'excrétion chlorurée était diminuée chez tous les malades sauf un. Chez un dernier patient que les résultats de l'épreuve auraient dû faire classer comme cancéreux, il s'agissait d'une simple achylie gastrique, la laparotomie montra l'absence de tumeur. Il est à remarquer que quelle que fût la nature de l'affection présentée par les malades, ceux qui excrétaient une grande quantité de NaCl pendant les jours précédant l'épreuve présentaient une élimination aqueuse satisfaisante lors de l'épreuve, tandis que ceux qui avaient une excrétion chlorurée restreinte éliminaient mal l'eau.

P.-L. Marie.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

Tome LVIII, nos 4 et 5, Septembre 1923.

C. Sonne (de Copenhague). *Recherches sur le diamètre relatif des bronchioles lorsque varie l'expansion des poumons : à propos de la pathogénie de l'asthme.* — L'accès d'asthme, considéré comme un type de dyspnée expiratoire, s'accompagne aussi en réalité d'une gêne importante de l'inspiration. La distension des poumons qui existe pendant l'accès semble *a priori* être un phénomène destiné à maintenir en action le processus respiratoire, grâce à la contraction intense des muscles inspirateurs qui ne se relâchent pas même pendant l'expiration. L'accès lui-même relève de la sténose paroxystique des bronchioles, de quelque origine qu'elle puisse être, spasme des muscles de Reisseisen, cause la plus probable, ou bronchiolite aiguë.

La distension pulmonaire a été attribuée au fait que l'expiration serait moins effective que l'inspiration; l'air pénétrerait dans les alvéoles moins facilement qu'il n'en sort, soit que la paroi thoracique dans l'expiration forcée exerce sur le poumon une pression énergique qui le rétrécit en masse, bronchioles comprises (Biermer), soit que les forces expiratoires soient moins puissantes que les inspiratoires (Weber). Ces conceptions manquent de clarté et on comprend mal que l'expiration forcée puisse causer une compression des bronchioles. Récemment divers auteurs ont cherché une autre explication à la distension pulmonaire, ne faisant pas intervenir une expiration pénible ou affaiblie; selon eux, toute respiration rendue difficile (respiration à travers un tube étroit, par exemple) amènerait une augmentation du volume des poumons qui résulterait d'un réflexe ayant pour but de faciliter le travail du cœur. Mais ce mécanisme en quelque sorte passif de la distension cadre mal avec les efforts que fait l'asthmatique pour maintenir cette dernière. Einthoven a pensé que cette distension pouvait avoir une influence sur le calibre des bronchioles, pouvant faciliter le passage de l'air. Les physiologistes ont peu étudié la question des rapports entre le volume des poumons et la lumière des bronchioles; certains admettent une dilatation des bronchioles dans les inspirations profondes, mais trop minime pour influencer le passage de l'air. S. a pensé au contraire que le changement de calibre des bronchioles lors de la distension du poumon pouvait jouer un rôle important. Les physiologistes ont le tort d'assimiler les poumons dans leurs fonctionnement à des sacs élastiques, conception par trop simpliste; en réalité il faut considérer le lobule pulmonaire pris à part; il est soumis à l'intérieur à la pression atmosphérique, à l'extérieur à la pression interlobulaire qui n'est égale à la pression négative intrapleurale que pendant la pause respiratoire, mais à laquelle s'ajoute ou dont se retranche, lors de la respiration, la tension qui règne dans la plèvre viscérale et qui est le fait du tissu élastique du


BAIN SULFUREUX INODORE
Affections cutanées
Hygiénique-Tonique
SULFURINE
LANGLEBERT
ADRIAN & Cie
9, Rue de la Perle
PARIS
dans toutes les Baignoires

poumon. Cette pression interlobulaire s'exerce aussi sur les bronchioles dont les parois s'accolent normalement avant que le lobule soit complètement affaissé. Pour les ouvrir et les maintenir ouvertes, lorsque la pression qui règne à l'intérieur est égale à la pression atmosphérique, la pression qui s'exerce sur elles de l'extérieur doit être négative, le poumon doit donc se distendre; plus grande sera la tension interlobulaire, c'est-à-dire plus les poumons seront distendus, et mieux les bronchioles laisseront passer l'air.

Les expériences de S. établissent cette variation dans le calibre des bronchioles selon le degré différent de distension des poumons. S'adressant d'abord au poumon sorti de la cage thoracique, il a déterminé la quantité d'air qui pouvait passer dans l'unité de temps, aux divers degrés de dépression exercés sur l'organe, par une petite perforation mettant en communication les bronchioles d'un petit territoire pulmonaire avec l'extérieur. Il a constaté ainsi que le calibre des bronchioles augmente de façon importante et en proportion de l'abaissement de pression qui règne à la surface du poumon.

L'expérimentation sur le vivant permet de constater une relation analogue. Le sujet, enfermé dans une chambre étanche reliée à un spiromètre, respire dans un masque en communication avec un autre spiromètre; on enregistre ainsi le volume des respirations et les variations de volume du tronc. On observe ainsi qu'il se produit un resserrement des bronchioles proportionnel à la diminution de volume que subit le poumon dans une expiration profonde. Dans quelques cas S. put constater une élévation de pression très marquée dans les alvéoles à la fin d'une très profonde expiration, malgré la diminution concomitante de la vitesse du courant d'air expiratoire.

La distension pulmonaire de l'accès d'asthme doit donc être considérée comme un phénomène de défense de la part de l'organisme, destiné à parer aux effets fâcheux du rétrécissement des bronchioles, et ayant pour but de maintenir le calibre indispensable à ces dernières au moyen de la tension des muscles inspiratoires; ainsi seulement peut continuer la respiration. P.-L. Marie.

E. Kylin (de Stockholm). ***La rétention azotée en tant que facteur d'hypertension.*** — La question de l'intervention de la rétention azotée comme facteur d'hypertension est encore très discutée. K. croit pouvoir la trancher par la négative.

Il y a d'abord lieu de se demander si l'augmentation de l'azote restant du sang est un phénomène constant dans l'hypertonie. Récemment, Tannhauser et Weiss ont soutenu que dans tous les cas d'hypertonie il existait une augmentation des matières azotées du sang après extraction par l'éther ou le chloroforme, augmentation que ne permettent pas de déceler les autres techniques.

D'autre part, même en admettant l'existence constante d'une rétention azotée, celle-ci peut-elle être tenue pour responsable de l'hypertension? Pour pouvoir l'affirmer, il faudrait démontrer qu'il existe un parallélisme entre l'hypertension et la rétention azotée. Or, on sait qu'il n'en est rien; on voit assez souvent des affections rénales (tuberculose rénale, pyélonéphrite, rein amyloïde, néphrite chronique à petit rein contracté) conduire à la mort par urémie avec rétention azotée sans que se montre l'hypertension. Dans certains cas de glomérulonéphrite diffuse ne voit-on pas l'hypertension présente depuis le début disparaître pour ne plus se reproduire, malgré la persistance ou l'apparition d'une rétention azotée importante. Les trois faits que rapporte K. en sont un exemple. Ils concernent des adultes jeunes, présentant l'un une néphrite subaiguë, les deux autres une néphrite aiguë post-angineuse, qui dans un cas aboutit à une urémie mortelle en quelques mois, chez lesquels on voit dans un cas la pression, élevée au début, tomber rapidement à la normale, malgré la persistance sans changement de la rétention azotée; dans un autre cas, la pression rester normale malgré un taux d'acide urique sanguin anormalement élevé; enfin, dans le cas mortel, l'hypertension disparaître au bout de 2 mois malgré une rétention azotée croissante. Il semble donc que rétention azotée et hypertension soient deux phénomènes indépendants qui, à vrai dire, se rencontrent souvent simultanément, mais qui peuvent aussi se rencontrer isolément.

L'hypertension dans l'hypertonie essentielle paraît plutôt dépendre d'une innervation vasculaire hypersensible aux excitations physiques et chimiques, fonction d'une sorte de névrose du système végétatif, qui se traduit par des réactions anormales à l'adrénaline, des modifications dans la tolérance aux hydrates de carbone avec tendance à l'hyperglycémie et par une grande instabilité de la pression artérielle, plus caractéristique de l'affection que l'hypertension elle-même. Le taux élevé de l'acide urique du sang, souvent constaté, semble exprimer plus un trouble du métabolisme des purines, analogue à celui des hydrates de carbone, qu'une rétention proprement dite. P.-L. Marie.

Tome LX, nos 2-3, 19 Mars 1924.

V. Bie (de Copenhague). ***Vaccinothérapie des fièvres typhoïde et paratyphoïdes.*** — Dans 13 cas de typhoïde et 6 cas de paratyphoïde confirmés bactériologiquement, B. a injecté dans les muscles pendant 5 jours de suite un vaccin constitué par des bacilles typhiques en suspension dans l'eau physiologique tués par l'addition de 0,5 pour 100 d'acide phénique, en administrant des doses croissantes de 100, 200, 400, 700 et 1.000 millions de bacilles chaque jour.

Un des typhiques a succombé à une pneumonie intercurrente. Chez un autre le traitement resta sans action. Mais dans les 17 cas restants, l'effet a été favorable, une descente en lysis de la température commençant à la fin du traitement ou au cours des jours suivants. Ce résultat a été obtenu indépendamment de la période de la maladie où ont été faites les injections, celles-ci ayant été terminées entre le 13e et le 40e jour de la maladie. En même temps que se produisit la défervescence, l'état des malades s'améliora. Aucun incident fâcheux ni aucune complication n'ont été observés.

Ce traitement agit à la manière d'une protéinothérapie non spécifique. L'hyperthermie consécutive à l'injection rappelle le choc protéinique. D'autre part des résultats analogues peuvent s'obtenir avec du vaccin staphylococcique. P.-L. Marie.

Walterhöfer et Schramm (de Berlin). ***Traitement de l'anémie pernicieuse par l'ablation de la moelle des os longs.*** — Se basant sur l'amélioration que peut donner dans l'anémie pernicieuse la splénectomie, intervention malheureusement bien grave chez de tels malades, et se souvenant d'autre part du rôle vicariant que joue la rate vis-à-vis de la moelle osseuse, W. et S. ont eu recours à l'ablation de la moelle des os longs dans le traitement de cette affection. Ils se contentent, après avoir pratiqué de petites trépanations, de laver le canal médullaire avec un courant d'eau physiologique. Cette méthode, qu'ils ont employée chez 23 malades depuis 2 ans, leur a donné des rémissions prolongées. Ils l'ont d'abord appliquée aux cas où toutes les médications internes avaient échoué et ont obtenu un résultat heureux chez près de la moitié des patients, le nombre des hématies et le taux de l'hémoglobine remontant chez certains à un niveau voisin de la normale très rapidement après l'intervention, ce qui exclut la possibilité d'une rémission spontanée, et sans faire appel à aucune autre thérapeutique. Certains malades opérés en 1921 sont encore en excellent état, avec une formule sanguine satisfaisante. Chez d'autres, l'intervention, même répétée sur plusieurs os, resta impuissante, comme les autres thérapeutiques essayées, y compris la transfusion.

Devant ces succès, W. et S. ont étendu les indications de l'opération aux malades chez lesquels la rémission produite par les autres traitements était restée incomplète et ils ont pu de cette façon renforcer l'effet déjà obtenu. D'autre part, ils ont remarqué que l'adjonction des médications classiques, pendant la période de réaction hématopoiétique qui suit l'intervention, accentuait encore l'amélioration, comme si l'opération avait réveillé la faculté de réagir de l'organisme.

W. et S. ont pu se rendre compte par les autopsies qu'après ablation de la moelle se produit une régénération à laquelle participent les éléments sanguiformateurs et le tissu conjonctif. Les cellules médullaires sont représentées par des leucocytes et des hématies à tous les stades de développement et on peut affirmer qu'il n'existe pas d'insuffisance anatomique de la moelle osseuse dans l'anémie pernicieuse. W. et S. attribuent l'influence de l'opération sur les phénomènes morbides à la production d'une excitation qui se maintient grâce à la régénération consécutive. P.-L. Marie.

J. Nörvig (de Copenhague). ***Recherches sur les anomalies du métabolisme dans les psychoses, et particulièrement dans l'épilepsie essentielle*** — Ce travail très étendu résume les recherches que N. poursuit depuis 1917 sous la direction de Bisgaard afin de mettre en évidence les troubles du métabolisme intermédiaire au cours des psychoses. Il s'est inspiré en partie des travaux de Hasselbach sur le rôle de l'ammoniaque dans la régulation physiologique de la neutralité. Cet auteur a établi qu'il existait normalement un rapport entre l'acidité ionique de l'urine et le facteur $\frac{\text{N ammoniacal}}{\text{N total}}$ qu'il appelle chiffre d'ammoniaque. A un chiffre d'ammoniaque élevé correspond une valeur faible du pH et inversement. Le produit de ces deux quantités est une constante. La détermination de ces deux quantités permet de construire une hyperbole, et si l'on suppose fixe l'une des 2 grandeurs, le pH par exemple, l'hyperbole sera déterminée par le chiffre d'ammoniaque seul. Hasselbach a choisi la valeur 5,8 pour le pH, il a appelé chiffre réduit d'ammoniaque le chiffre d'ammoniaque correspondant à ce pH. La position de l'hyperbole se déduit donc de ce chiffre réduit. N. a confirmé pour l'urine de la journée cette relation que Hasselbach avait établie pour les échantillons recueillis de 2 en 2 heures. Tous les chiffres réduits d'ammoniaque trouvés au cours d'une succession de jours sont situés sur une ligne sensiblement horizontale comprise entre les limites 2,2 et 5,5 considérées par Hasselbach comme limites normales extrêmes.

Par contre, dans l'épilepsie essentielle, la courbe du chiffre réduit d'ammoniaque présente des irrégularités constantes. La régulation de la neutralité est sans cesse troublée, aussi bien lors des accès que dans les périodes intercalaires. Deux patients paraissaient faire exception, il s'agissait en réalité d'une épilepsie liée à une lésion cérébrale dans un cas, à une sclérose atrophique d'Alzheimer dans l'autre, si bien que la détermination de la courbe du chiffre réduit d'ammoniaque peut permettre d'étayer le diagnostic dans les cas difficiles. Le tableau clinique et ces particularités de la courbe du chiffre réduit d'ammoniaque font de l'épilepsie essentielle une entité morbide vraiment à part. Par contre, dans certaines affections accompagnées d'accès épileptiformes, démence précoce, paralysie générale, N. n'observa aucune irrégularité de la courbe; ce ne sont pas les accès convulsifs qui sont la cause des troubles de la régulation. Chez deux enfants atteints de tétanie manifeste ou latente, la courbe montra comme chez les épileptiques de grandes irrégularités, et il y a là peut-être l'indication d'un trouble du métabolisme commun aux deux affections, en particulier d'une insuffisance des parathyroïdes.

Dans l'épilepsie essentielle N. a trouvé des quantités pathologiques d'ammoniaque dans le sang de 6 heures à 1 heure avant l'accès. Dans les périodes intercalaires, le taux de l'ammoniaque est très minime. En même temps qu'un chiffre élevé d'ammoniaque, on constate un taux d'urée sanguine voisin de la limite normale inférieure.

Dans l'urine des épileptiques il se produit de temps en temps une augmentation des substances azotées indosées coïncidant avec un pourcentage d'azote de l'urée très réduit.

Tous ces troubles du métabolisme des épileptiques suggèrent à leur origine un vice de fonctionnement d'une ou de plusieurs glandes endocrines, et particulièrement une insuffisance parathyroïdienne, hypothèse que rendent plausible les effets obtenus par N. grâce à l'opothérapie chez plusieurs de ses malades, en particulier la stabilisation consécutive du chiffre réduit d'ammoniaque. P.-L. Marie.

S. Hesser (de Stockholm). ***Lésions anatomiques dans un cas de zona.*** — Un homme de 64 ans, ancien syphilitique non traité, atteint depuis 2 ans d'une psychose accompagnée d'aphasie due probablement à des lésions spécifiques du système nerveux central, présente une anémie progressive grave pour laquelle il est soumis d'abord à un traitement par l'arséniate de potasse, puis à des injections de néosalvarsan. Malgré cette thérapeutique l'état s'aggrave et la mort survient. 5 jours avant était apparu un zona intercostal droit très intense, coexistant avec de la diminution des diverses sensibilités dans le territoire atteint, sans qu'il y eût de manifestations douloureuses subjectives.

L'autopsie montra de graves lésions du ganglion spinal droit de la VIIIe paire dorsale : macroscopi-

quement, une grosse hémorragie occupait tout le ganglion ; histologiquement, le ganglion était farci de foyers hémorragiques circonscrits ou diffus, surtout importants à la périphérie, tandis qu'au centre existait une abondante infiltration de cellules mononucléaires mêlées à quelques polynucléaires. Les noyaux des cellules ganglionnaires étaient pâles, mal colorés, parfois invisibles ; le protoplasme, soit homogène, soit plus souvent granuleux ou réticulé. La capsule du ganglion dans ses parties profondes présentait des lésions de nécrose et une infiltration cellulaire marquée qui se retrouvait ainsi que les hémorragies dans le névrilème des troncs nerveux afférents et efférents (racine motrice et sensitive, nerf spinal). Les ganglions voisins des IXe, Xe, XIe et XIIe paires offraient des lésions inflammatoires analogues, mais non hémorragiques, sans qu'il y eût d'éruption zostérienne dans les territoires correspondants, ce qui laisse supposer que l'inflammation du seul ganglion spinal est incapable de réaliser un zona, mais qu'il faut quelque chose de plus, peut-être une extension du processus au ganglion sympathique ou aux nerfs sympathiques. Du côté de la moelle, la substance blanche était intacte, mais en quelques points des cornes antérieures, les cellules paraissaient augmentées de nombre et il existait par places des images rappelant la neuronophagie.

Ces lésions ganglionnaires sont semblables à celles déjà signalées par Barensprung, Head et Campbell, A. Thomas.

Toute lésion de tabes faisant défaut chez ce malade, le zona paraît bien lié à la médication arsenicale, mais on peut se demander si l'arsenic a été le facteur direct du zona ou s'il n'a joué qu'un rôle favorisant vis-à-vis du virus du zona essentiel. L'identité entre les lésions trouvées dans ce cas et celles du zona essentiel plaide en faveur de la seconde hypothèse.

P.-L. Marie.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(Kharkov)

Tome VII, n° 5, 15 Mars 1924.

M. P. Glouzman (de Kharkov). ***L'influence de l'ablation de glandes endocrines sur la production d'anticorps.*** — Dans un travail antérieur, G. a pu établir que les lapins thyroïdectomisés se comportent tout comme les lapins normaux quant au pouvoir de production des anticorps dans l'immunisation active, et cela non seulement aussitôt après l'opération, mais aussi à une période assez éloignée de l'intervention. Poursuivant ses recherches, G. a institué une série d'essais d'immunisation sur des lapins ayant subi soit la castration seule, soit la castration et la thyroïdectomie, ainsi que sur des chiens thyroïdectomisés.

Ces expériences ont montré que la castration ne diminue pas le pouvoir de production des anticorps dans l'immunisation active. Ce pouvoir n'est pas, non plus, diminué par la thyroïdectomie, alors même que celle-ci a été pratiquée 8 mois avant l'immunisation.

La castration associée à la thyroïdectomie donne les mêmes résultats.

Les chiens thyroïdectomisés gardent intact leur pouvoir de production d'anticorps.

L. Cheinisse.

B. E Gaïssinsky (de Kharkov). ***Un cas de rétrécissement syphilitique de l'intestin grêle.*** — Le fait rapporté par G. a trait à une jeune fille de 14 ans, qui fut admise à la Clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Kharkov pour des douleurs siégeant dans la région de l'ombilic. Ces douleurs avaient fait leur apparition 9 ans auparavant et étaient d'abord localisées à la région iléo-cæcale droite. En Avril 1922, la malade subit l'ablation de l'appendice. Après cette opération, les douleurs ne disparurent pas, mais changèrent de localisation, devenant péri-ombilicales. La radioscopie semblait indiquer l'existence d'un cæcum mobile, tandis que l'examen clinique (percussion, caractère des douleurs, etc.) plaidait plutôt en faveur d'une sténose de l'intestin grêle. L'intervention opératoire confirma ce dernier diagnostic, en mettant en évidence un rétrécissement hypertrophique siégeant à 40 ou 50 cm. au-dessus de l'abouchement de l'iléon avec le cæcum. Au-dessus de la sténose, l'anse intestinale était fortement distendue, son diamètre atteignant jusqu'à 3 ou 4 travers de doigt. En face de cette anse dilatée, on remarquait sur le mésentère des cicatrices atrophiques, étoilées et d'un blanc laiteux. Il était évident que la sténose de l'intestin grêle était la conséquence d'un processus syphilitique (gomme ou ulcère).

Ce diagnostic cadrait bien, d'ailleurs, avec l'excellent état général de la malade, l'évolution lente et progressive du processus et son siège unique. Les sténoses hypertrophiques d'origine tuberculeuse sont, au contraire, multiples et s'accompagnent d'une dénutrition typique.

Les rétrécissements syphilitiques de l'intestin grêle ne sont pas très rares, puisqu'ils constituent 14 pour 100 du total des sténoses de cette partie de l'intestin. Ils ne sont pas justiciables du traitement spécifique et nécessitent l'intervention opératoire. Sur les 14 cas opérés que G. passe en revue (y compris son observation personnelle), l'entéro-anastomose a donné 100 pour 100 de guérisons, alors que la résection n'en a fourni que 45,5 pour 100.

L. Cheinisse.

N° 6, 1er Avril.

E. I. Tourbina (de Krasnodar). ***Le calcium et le magnésium comme antagonistes vasomoteurs et cardiaques.*** — Le chlorure de calcium, introduit dans les veines à la dose de 0 gr. 05 par kilogr. de poids animal, agit sur les centres des vasomoteurs et du nerf vague, en provoquant une élévation de la pression sanguine et un ralentissement de l'activité cardiaque. Une solution de chlorure de magnésium produit, dans les mêmes conditions, un effet diamétralement opposé. En injectant, chez le chien, 0 gr. 05 de chlorure de magnésium par kilogr. de poids, on obtient une augmentation de 15 à 30 contractions cardiaques par minute et un abaissement de 15 à 40 mm. de la pression sanguine. En élevant progressivement la teneur du sang en magnésium par injections répétées à de courts intervalles (0 gr. 05 à chaque fois), on voit ces phénomènes s'accentuer. Mais, dès que la quantité de chlorure de magnésium introduit dans le torrent circulatoire atteint 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par kilogr. de poids, on observe une modification de la courbe se traduisant par un renforcement de la systole avec ralentissement relatif du rythme. Une nouvelle augmentation de la teneur du sang en chlorure de magnésium amenait un renforcement plus grand encore de la systole et un abaissement progressif de la pression sanguine. Enfin, lorsque la quantité injectée de chlorure de magnésium atteignait 0 gr. 50 par kilogr. de poids, la mort survenait au milieu de phénomènes de paralysie du centre vasomoteur.

Le magnésium agit donc sur les mêmes centres que le calcium, mais en sens contraire.

L. Cheinisse.

A. L. Bilenkine (de Kharkov). ***Contribution au diagnostic différentiel du bruit de frottement pleural.*** — Pour différencier le bruit de frottement pleural d'avec les râles secs, crépitants ou sous-crépitants, etc., B. préconise le procédé suivant : on recommande au malade, après inspiration et expiration forcée, de faire, la glotte fermée, des mouvements de rétraction et de répulsion de la paroi abdominale antérieure. Ces mouvements assurent un jeu diaphragmatique suffisant pour que les feuillets de la plèvre puissent glisser l'un sur l'autre en produisant le bruit de frottement. Mais celui-ci se produit, et c'est là l'avantage du procédé en question, en l'absence de tout bruit pulmonaire.

L. Cheinisse.

V. A. Korotchansky (de Kiev). ***Contribution au diagnostic de la thrombose des veines mésaraïques.*** — K. rapporte un cas de thrombose de la veine mésaraïque supérieure, ayant abouti à un infarctus de l'intestin grêle. Croyant avoir affaire à une occlusion intestinale, on fit une laparotomie, qui montra l'existence d'un infarctus de l'intestin grêle. Le malade succomba 12 heures après.

Encore avant l'opération, on fut frappé par 2 symptômes particuliers, à savoir : 1° la coloration gris bleuâtre du tégument de la paroi abdominale antérieure ; 2° l'empâtement diffus du rectum, constaté au toucher rectal (stase dans les veines hémorroïdales). D'après K., ces 2 phénomènes, qui témoignent d'une stase accentuée dans le domaine des veines mésentériques, seraient de nature à faciliter le diagnostic de la thrombose mésaraïque.

L. Cheinisse.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(Philadelphie-New York)

Tome CLXVII, n° 2, Février 1924.

D. Symmers. ***Signification clinique des lésions constatées dans la maladie de Hodgkin.*** — S. a eu l'occasion d'étudier 14 cas de maladie de Hodgkin. Dans ce premier article, il a groupé les cas dans lesquels les modifications histologiques caractéristiques sont limitées aux seuls tissus lymphoïdes : ganglions, follicules de la rate et des parois des vaisseaux du système porte, restes lymphoïdes des poumons, de la moelle, du rein, du tissu sous-cutané et des séreuses.

Les 7 premiers cas dont S. rapporte l'observation sont des faits typiques de maladie de Hodgkin. A l'exception d'une fillette atteinte surtout au niveau des ganglions cervicaux, l'affection prédominait, dans les autres cas, au niveau des ganglions abdominaux ou médiastinaux, donnant lieu chez un enfant de 12 ans à des crises caractérisées par des nausées, des vomissements, des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen, souvent accompagnées de jaunisse, qui se répétèrent pendant 6 ans.

Plus intéressant est un cas de maladie de Hodgkin à *prédominance hépatique*. Il s'agit d'une femme de 40 ans, se plaignant du développement de son abdomen, qui remontait à 3 mois et s'accompagnait de douleurs épigastriques. Le foie arrivait à l'ombilic, la rate n'était pas perçue. Il existait une ascite modérée. La mort survint en peu de jours. Le foie était énorme, mais avait conservé sa forme ; la surface présentait de nombreux petits nodules blanchâtres ; la coupe montrait une transformation scléreuse étendue, caractérisée par de volumineuses masses blanchâtres, fibreuses, représentant les veines portes épaissies et fusionnées, ne présentant plus qu'une lumière minuscule, et par de petits nodules fibreux de sclérose périportale. Le parenchyme était atrophié et comprimé. Les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux n'étaient guère augmentés de volume ; les autres ganglions étaient indemnes. La rate avait gardé ses dimensions normales. Histologiquement, les veinules portes plongées au sein des bandes de tissu conjonctif étaient entourées d'une couronne de lymphocytes où se mêlaient souvent de grandes cellules mononucléées et des cellules géantes plurinucléées. Les mêmes aspects histologiques se retrouvaient dans la rate et dans la médullaire surrénale autour des veines épaissies. Il y a là une nouvelle forme anatomique de la maladie de Hodgkin.

Chez une femme de 65 ans, la maladie affectait une *prédominance splénique* ; les ganglions n'étaient guère augmentés de volume, bien que présentant des lésions typiques. La rate, du poids de 650 gr., offrait à la coupe de nombreux petits foyers jaunâtres et histologiquement une transformation fibreuse étendue ; par places, il existait des amas lymphocytaires renfermant de nombreuses cellules géantes de Sternberg. Des nodules de même constitution se trouvaient sur l'épicarde. Le foie était très hypertrophié. D'autres exemples de cette forme splénique ont été rapportés qui établissent l'existence d'une variété de maladie de Hodgkin dans laquelle les follicules lymphoïdes de la rate sont envahis à tel point qu'il en résulte une grosse splénomégalie alors que l'hypertrophie des ganglions est relativement insignifiante. Souvent cette forme s'accompagne d'une fièvre ondulante et de frissons. Elle doit être assimilée au syndrome de Murchison.

Le dernier cas relaté concerne un malade de 35 ans qui, au cours d'une maladie de Hodgkin caractérisée anatomiquement par des lésions granulomateuses très diffuses (ganglions, rate, foie, poumon, plèvre), présenta des altérations de la peau rappelant l'acanthosis nigricans : pigmentation brunâtre atteignant tout le corps, sauf le foie, avec état rugueux de la peau et macules noirâtres. Les surrénales étaient intactes, mais il existait d'énormes masses ganglionnaires comprimant les plexus sympathiques abdominaux, et l'on sait que Darier fait jouer un grand rôle aux lésions du sympathique dans la genèse de l'acanthosis nigricans qui d'ordinaire se rencontre au cours des tumeurs malignes de la cavité abdomi-

nale. Chez ce malade, il existait en outre des tubercules miliaires dans le poumon et les ganglions trachéo-bronchiques. P.-L. Marie.

W. S. Lemon. ***La tuberculose en tant que facteur étiologique de la maladie de Hodgkin; revue historique.*** — L. passe en revue les différentes opinions émises concernant les rapports entre la maladie de Hodgkin et la tuberculose. C'est surtout Sternberg (1898) qui accrédita l'étiologie tuberculeuse de cette affection. Parmi ses 13 cas, il put déceler chez 8 soit des tubercules dans un ou plusieurs organes, soit des bacilles de Koch dans les ganglions. Déjà cependant, Westphal, Dietrich, en Allemagne, Andrews, en Angleterre, ne pouvaient admetre que la maladie de Hodgkin représentât une forme spéciale de tuberculose et ils étaient d'avis que le bacille n'est qu'un agent pathogène secondaire; Pizzini, Northrup, Holt, Loomis n'avaient-ils pas montré que les ganglions trachéo-bronchiques de sujets ayant succombé à une mort violente ou à une affection autre que la tuberculose renferment souvent des bacilles. Parkes Weber ajoutait que le tissu lymphogranulomateux offre des conditions favorables au développement du bacille; cette circonstance expliquerait les lésions tuberculeuses souvent trouvées à l'autopsie et la poussée de tuberculose miliaire qui termine habituellement la maladie de Hodgkin chez les enfants. D'autre part, Quincke a montré que le développement de la tuberculose au cours de la maladie de Hodgkin amène souvent la régression du processus lymphogranulomateux dans les ganglions atteints par la bacillose.

Plus tard, les autopsies et les inoculations de Reed, de Longcope, de Simmons, de Warnecki, montraient l'absence de tuberculose dans presque tous les cas étudiés. Néanmoins, en 1914, Wuttke, O. Meyer, Löffelmann, mettant en évidence des granules de Much dans plusieurs cas, concluaient que la maladie de Hodgkin est une infection due à une race modifiée de bacilles tuberculeux dont les rapports exacts avec la race-type sont encore mal précisés. Cette opinion n'a pas prévalu et, récemment, Symmers, rejetant l'intervention du bacille de Koch et du bacille diphtéroïde, considère que la maladie de Hodgkin n'est ni néoplasique, ni tuberculeuse, mais une maladie générale à prédilection pour le système lymphoïde, donnant lieu à peu près en même temps à des foyers multiples de prolifération, en réponse au même agent provocateur. En définitive, il existe des similitudes grandes entre l'adénopathie tuberculeuse et celle de la maladie de Hodgkin, qui créent souvent des difficultés au clinicien, parfois même à l'anatomo-pathologiste, mais, bien que les deux affections puissent s'associer, L. ne croit pas que l'infection tuberculeuse puisse déterminer la maladie de Hodgkin. Dans ses études faites à la clinique Mayo sur la localisation médiastinale de cette affection et portant sur 26 cas, la tuberculose ne put être mise qu'une fois en évidence radiologiquement et son absence fut constatée lors de 3 autopsies.

P.-L. Marie.

J. et C. Regan. ***Six cas de pustule maligne traités par le sérum anticharbonneux en injections locales et générales.*** — Les auteurs recommandent chaudement l'usage local et général du sérum anticharbonneux dans la pustule maligne. Il doit remplacer toutes les méthodes anciennes. On peut compter sur la guérison si le patient n'est pas débilité par quelque affection chronique et si le traitement est commencé avant que la septicémie ne se soit installée. Même dans cette dernière éventualité, la méthode offre encore quelques chances de succès et doit toujours être essayée.

Localement, on injecte juste en dehors de la limite de l'escarre et profondément 6 à 12 cmc de sérum, répartis en 2 ou 3 points. On répète l'injection deux fois et même trois fois dans les 24 heures.

Le traitement sérique général, en ce qui concerne la dose injectée, la voie d'administration et la répétition des injections, dépend de la gravité des cas, allant de 40 cmc par 24 heures dans les formes bénignes à 80 et à 130 cmc par voie veineuse répétées toutes les 6 à 8 heures dans les cas graves, et même à 300 cmc dans les formes septicémiques.

Les auteurs relatent les observations de 6 malades ainsi traités et guéris. Ils avaient déjà obtenu 8 autres guérisons par cette méthode; ils n'ont eu à déplorer au total que 2 décès; il s'agissait de formes septicémiques ; les malades moururent 24 et 36 heures après leur admission. P.-L. Marie.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD

(*New York*)

Tome CXIX, n° 5, 5 Mars 1924.

G. H. Bell. ***Nouvelles observations à propos des rapports des toxi-infections dentaires, amygdaliennes et intestinales avec les maladies des yeux.*** — Comme plusieurs de ses compatriotes, B., avec plus de chaleur que de force démonstrative, revendique pour les infections focales dentaires, amygdaliennes et intestinales un rôle de premier plan dans la genèse de la plupart des affections chroniques : gastrites, ulcère stomacal, arthropathies, endocardites, psychoses même. A l'appui de son opinion, il relate l'observation d'une femme de 50 ans atteinte d'asthme des foins accompagné d'une conjonctivite rebelle à tous les traitements et compliqué d'ectropion. L'ablation des amygdales était restée sans résultat, mais celle de la seule dent morte dont elle était porteuse suffit à guérir complètement les altérations oculaires et l'asthme. Cette dent, malgré l'absence de signes radiologiques, était infectée. C'est le 4e cas d'asthme des foins que B. voit guérir après avulsion d'une dent morte.

Le rôle de l'infection amygdalienne ne serait pas moins redoutable à en juger par le cas d'un médecin atteint d'épisclérite, d'arthropathies chroniques, de troubles cardiaques et rénaux qui disparurent après l'ablation des amygdales.

La toxémie intestinale mérite tout autant d'être prise en considération.

Pour lutter contre l'état septique bucco-pharyngé et contre la toxémie intestinale, B. préconise un changement radical dans les habitudes alimentaires combiné avec l'hygiène buccale. Selon lui, il faut ne jamais associer dans un même repas des hydrates de carbone et des protéiques pris en abondance. Cette association aboutirait à des fermentations toxiques et à des produits acides délétères. En outre, la restriction de sucre s'impose.

Pour B., le glaucome chronique, lorsqu'il n'est pas d'origine syphilitique, résulte d'une auto-toxémie prolongée ainsi que l'atteste sa coexistence avec la goutte, le rhumatisme, l'artério-sclérose, l'uricémie. Le traitement de l'état général, de première importance, permet souvent d'éviter l'opération. Il comporte les étapes suivantes : ablation des dents altérées et des bridges fixes, désinfection buccale, ablation des amygdales, recherche du Wassermann, dosage de l'acide urique du sang, institution du régime ci-dessus, ingestion de cultures du *Bacillus acidophilus*. Localement, instillation de pilocarpine et applications chaudes. Ce traitement général convient également à l'iritis, à l'uvéite, à la névrite optique, aux kératites.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(*Chicago*)

Tome XXXIII, n° 3, 15 Mars 1924.

J. P. O'Hare et W. G. Walker. ***Artério-sclérose et hypertension.*** — Examinant 50 sujets présentant de la sclérose des artères périphériques (temporales et radiales) sans hypertension artérielle concomitante (moins de 14 cm. 5 Hg de pression systolique). O. et W. ont été frappés de ne rencontrer presque jamais de sclérose des artères de la rétine, sclérose dont ils ont choisi pour critères les effets de compression au niveau des croisements artério-veineux et les inégalités de calibre des artères.

Chez 50 autres individus présentant à la fois de la sclérose des artères périphériques et de l'hypertension, ils ont retrouvé une grande discordance entre le degré de sclérose de ces artères et celui de l'hypertension. Mais alors que 82 pour 100 des patients du premier groupe avaient des artères rétiniennes normales et un seulement une artério-sclérose rétinienne marquée, on relève des lésions accentuées de sclérose de ces artères chez 68 pour 100 des sujets du second groupe. Il n'existe pas toutefois de relations quantitatives nettes entre le degré d'artério-sclérose rétinienne et celui de l'hypertension; tout au plus trouve-t-on une tendance des hautes pressions diastoliques à s'accompagner de lésions avancées des artères rétiniennes.

La présence de lésions marquées d'artério-sclérose rétinienne en l'absence d'hypertension actuelle indique la probabilité d'un état antérieur d'hypertension, ainsi qu'en fait foi l'observation de 4 malades. L'examen des artères rétiniennes, trop souvent négligé bien qu'elles soient le miroir de l'état des artères cérébrales, peut mettre ainsi sur la voie d'un affaiblissement du myocarde ou d'une perte du tonus artériel.

Ces constatations établissent le faible rôle que joue la sclérose des artères périphériques de moyen calibre dans l'hypertension et, par contre, la relation qui existe entre la sclérose des petits vaisseaux dont témoigne l'état des artères réniniennes, et l'élévation de la pression artérielle, sans qu'on puisse préciser lequel des deux phénomènes est le premier en date. Toutefois, les constatations de Cohen qui ont montré que l'artério-sclérose rétinienne pouvait être décelée par le microscope alors qu'elle échappe encore à l'ophtalmoscope indiquent la précocité des lésions de sclérose des petits vaisseaux que raisonnablement on ne peut supposer limitées aux seuls vaisseaux rétiniens.

P.-L. Marie.

H. W. Gauchat et L. N. Katz. ***Pouls paradoxal, en particulier dans les épanchements péricardiques.*** — Le pouls paradoxal se caractérise par l'affaiblissement ou même par la disparition de la pulsation radiale pendant l'inspiration. Il en existe 2 variétés principales : l'une, associée avec des conditions respiratoires anormales (sténoses trachéales ou bronchiques telles que celles que réalise le croup ou l'asthme ; processus altérant l'élasticité pulmonaire tels que la pneumonie et l'emphysème; exagération involontaire de la respiration qu'on observe dans les états d'acidose, dans l'insuffisance myocardique ou après les hémorragies graves); l'autre, concomitante d'altérations du péricarde (symphyse péricardique avec médiastinite, péricardite avec épanchement, dont il faut rapprocher la pleurésie médiastine enkystée).

G. et K. rapportent des exemples variés de pouls paradoxal au cours des affections respiratoires. Le seul facteur qui soit commun à ces différentes affections est représenté par l'exagération de la pression intrapleurale qui relèverait soit du rétrécissement des voies aériennes, soit de l'atteinte du parenchyme pulmonaire. L'analyse clinique du mécanisme de la respiration permet d'évaluer grossièrement ces modifications de la pression intrapleurale (rétraction des espaces intercostaux, amplitude de l'excursion diaphragmatique, polypnée, etc.), que l'expérimentation peut seule préciser comme on le verra plus bas.

G. et K. relatent ensuite 1 cas de symphyse médiastino-péricardique accompagnée de pouls paradoxal. L'autopsie ne fit pas découvrir les adhérences du médiastin à la crosse aortique auxquelles Kussmaul attribue un rôle majeur dans la genèse du pouls paradoxal qu'elles produiraient en coudant l'aorte. Comme il ressort de l'analyse des protocoles d'autopsie de malades atteints de symphyse péricardique sans qu'ils aient présenté du pouls paradoxal, il semble que l'absence de ce signe tient au défaut d'adhérences du péricarde aux parties mobiles du thorax.

D'après 4 observations de péricardite avec épanchement, G. et K. étudient les caractères du pouls paradoxal au cours de cette affection où on le mentionne à peine d'ordinaire, bien que ce soit un signe fort important, capable à lui seul de faire poser le diagnostic d'épanchement péricardique, surtout dans les cas où les signes physiques sont noyés dans le tableau d'une septicémie, comme il arriva chez un des malades observés. Le fait le plus frappant et vraiment caractéristique, c'est que le pouls paradoxal se montre alors d'ordinaire en l'absence de toute gêne respiratoire apparente, contrairement à ce qui se passe dans le pouls paradoxal d'autre origine. La constatation d'un pouls paradoxal dans de pareilles conditions doit immédiatement faire penser à un épanchement péricardique. La clinique établit que l'épanchement est directement responsable du pouls paradoxal; en effet, la ponction est suivie de la disparition de ce symptôme et les graphiques de G. et K. obtenus avant et après ponction sont des plus démonstratifs. Toute exagération de la pression intrapleurale pouvant être exclue, le facteur essentiel nécessaire à la production de l'anomalie du pouls

paraît bien être l'augmentation de la pression intrapéricardique. Il existe bien des cas d'épanchement péricardique où ce signe fait défaut; il est probable qu'alors la quantité de liquide n'est pas suffisante pour élever la pression dans le sac péricardique à un degré effectif accusé. Dans un sac altéré et dilaté une grosse quantité de liquide peut s'accumuler sans produire l'anomalie du pouls. Le facteur critique semble être le degré de l'augmentation de la pression intrapéricardique, lequel dépend à son tour de l'épaisseur et de l'extensibilité du péricarde pariétal. C'est ce que vient démontrer l'expérimentation.

P.-L. Marie.

L. N. Katz et H. W. Gauchat. ***Recherches expérimentales sur le pouls paradoxal, en particulier dans les épanchements péricardiques.*** — K. et G. se sont efforcés de reproduire chez le chien les diverses conditions qui peuvent déterminer le pouls paradoxal tel qu'on l'observe en clinique.

Pour simuler l'effet des adhérences péricardo-médiastinales, ils ont exercé des tractions sur le péricarde ou comprimé les divers vaisseaux contigus au cœur et inscrit les modifications du pouls carotidien, s'attachant spécialement à préciser l'intervalle qui s'écoule avant que se manifestent ces modifications. Ils ont observé que la compression mécanique de l'aorte produit un effet immédiat sur l'amplitude du pouls; l'affaiblissement du pouls apparaît à la 1re ou à la 2e pulsation qui suit la compression des veines pulmonaires, à la 3e ou à la 4e seulement lorsqu'on comprime les veines caves. Ces relations chronologiques sont d'importance majeure pour situer la cause responsable de la diminution semblable du pouls qui survient pendant l'inspiration.

Une traction exercée sur n'importe quel point du péricarde peut produire le pouls paradoxal dont l'existence et le degré dépendent de la tension exercée plus que de l'endroit où elle s'applique. Le rapport chronologiqne entre le moment où l'on pratique la traction et celui où apparaît le pouls paradoxal indique que ce dernier est toujours la conséquence directe ou indirecte de l'occlusion partielle des veines pulmonaires, de l'aorte ou de ces mêmes vaisseaux à la fois, mais jamais de la compression des veines caves.

L'exagération de l'amplitude de la respiration réalisée expérimentalement dans des conditions variées produit un pouls paradoxal dans la genèse duquel n'interviennent ni les variations de la pression intra-abdominale, ni le diaphragme, ni les modifications du volume des poumons. L'expérimentation permet d'établir par élimination que ce sont les variations exagérées de la pression intrapleurale qui sont directement responsables du pouls paradoxal, et non des effets des tractions. Plus sont grandes l'intensité et la rapidité de ces changements de pression et plus sont accusés les effets produits sur le pouls. Les relations chronologiques qui sont les mêmes que celles trouvées dans la compression des veines pulmonaires indiquent que la variation dans l'amplitude du pouls relève directement d'une modification de l'apport du sang venant du poumon dans le ventricule gauche, modification que K. et G. mettent sur le compte des changements de capacité des veines pulmonaires sous l'influence des variations de la pression intrapleurale.

Lorsqu'on détermine expérimentalement un épanchement dans le péricarde, on obtient un pouls paradoxal sans qu'il se manifeste aucun changement dans la profondeur de la respiration, ce qui est conforme à l'état observé en clinique. Les expériences montrent que la diminution de l'amplitude du pouls apparaît au premier ou au second battement consécutif au début de l'inspiration. On peut donc rejeter l'éventualité d'un pouls paradoxal directement dû à un effet de l'inspiration elle-même sur le volume de l'aorte ou des veines caves et on peut rattacher le phénomène aux variations de la pression intrapleurale influençant l'apport sanguin au cœur gauche. Le fait que la pression intrapéricardique varie moins durant la respiration lorsque le sac est distendu par du liquide qu'elle ne le fait dans les conditions normales, et le fait que la pression intra-auriculaire, lorsque le sac péricardique est distendu, change moins durant chaque cycle respiratoire que la pression dans les veines afférentes, rendent très vraisemblable l'explication suivante du mécanisme du pouls paradoxal dans les épanchements péricardiques : lorsque le péricarde est distendu par du liquide, non seulement l'écoulement du sang vers le cœur est gêné, mais l'afflux sanguin varie encore pendant l'inspiration et l'expiration, les changements respiratoires de la pression intrathoracique n'affectant pas autant les pressions intrapéricardiques et intracardiaques que celles qui règnent dans les veines qui pénètrent dans le péricarde. D'où une plus petite différence de pression entre les veines et le cœur pendant l'inspiration, amenant une diminution du remplissage des ventricules. Par suite un pouls paradoxal apparaît probablement dans la circulation pulmonaire et la circulation générale, mais le pouls artériel paradoxal est manifestement dû à la gêne de l'apport sanguin dans le ventricule gauche.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY

(Chicago)

Tome IX, n° 3, Mars 1924.

O'Leary (de Rochester). ***Les aspects dermatologiques de la fièvre par morsure de rat.*** — O. rapporte 2 cas de cette affection qui semble due à l'inoculation de *Spirochæta morsus muris*, à la suite de la morsure d'un rat, d'un chien ou d'un chat; ce spirochète est sans doute transmis par la salive lors de la morsure. Le chien et le chat ont vraisemblablement acquis la maladie à la suite de la morsure d'un rat.

La plaie initiale guérit ordinairement rapidement et, après une période d'incubation qui varie de 12 à 30 jours, de nouveaux symptômes apparaissent.

Un frisson survient, suivi bientôt d'une élévation de température à 39°, 40°; en même temps, on note de la céphalée, un malaise général, des douleurs dans les muscles et les jambes. Un œdème local peut survenir, avec lymphangite et adénite discrète ou suppurée. La morsure ancienne peut s'ulcérer, simulant un chancre syphilitique.

On peut noter ensuite un érythème d'aspect roséolique, sur la face, les extrémités et le tronc; les taches, rouges, bleuâtres, apparaissent en même temps que la fièvre et disparaissent rapidement en laissant des macules pigmentées qui persistent quelques semaines.

On peut aussi noter des plaques rouges ou livides de 12 à 14 cm. de diamètre, avec une bordure colorée et un centre plus pâle; ces placards indurés siègent aux extrémités, sur la face; ils disparaissent en laissant des taches pigmentaires qui durent de 5 à 10 jours. Ces plaques peuvent s'accompagner d'un œdème des régions voisines.

On a aussi observé des lésions de la muqueuse buccale, des plaques alopéciques du cuir chevelu.

Le Wassermann a été trouvé positif dans quelques cas.

Le traitement consiste en injections intraveineuses d'arsénobenzol.

R. Burnier.

G. Covey. ***Pemphigus vulgaris.*** — C. rapporte l'histoire d'une femme de 53 ans qui, à la suite de pyorrhée dentaire, présenta des lésions bulleuses de la bouche, puis des lésions bulleuses généralisées et symétriques sur le tronc et les membres. La mort survint dans la cachexie 3 ans après le début de la maladie.

Les recherches faites pendant la vie montrèrent une leucocytose sanguine modérée, avec anémie marquée; la culture du sang fut 2 fois stérile; on ne trouva pas le bacille décrit en 1923 par Eberson dans le pemphigus. Les bulles infectées secondairement ne contenaient que du staphylocoque.

A l'autopsie, des lésions intéressantes furent trouvées dans la moelle au niveau des cornes des racines postérieures, au voisinage de la colonne de Clarke et dans le ganglion spinal postérieur. Il s'agissait de corps arrondis, de 7 à 23 μ, limités par une membrane nette et ne contenant aucun noyau; ils se coloraient bien par les couleurs d'aniline et avaient une structure homogène. La nature de ces corps est obscure et C. ne peut affirmer qu'il s'agit d'éléments primitifs ou secondaires à une irritation chronique.

C. estime que ces lésions nerveuses jouent un rôle dans l'étiologie du pemphigus. Il est d'ailleurs à noter que des lésions des cornes et des racines postérieures avaient déjà été décrites dans certains pemphigus par Jarisch, Ferrero, Westberg, Bocchieri.

R. Burnier.

BRATISLAVSKÉ LEKARSKÉ LISTY

(Bratislava)

Tome III, n° 6, Mars 1924.

B. Frejka. ***A propos de l'étiologie de l'hallux valgus.*** — On peut distinguer, au point de vue étiologique, plusieurs formes d'hallux valgus :

a) *Forme congénitale.* L'hallux valgus n'est vraiment congénital que de façon exceptionnelle; en général, la difformité survient à une période ultérieure de la vie, surtout après la puberté. Dans quelques cas, à en juger par le caractère héréditaire du mal, il s'agit d'une disposition particulière : la présence de l'os intermétatarsien ou une longueur exagérée du gros orteil constituent un terrain propre au développement de l'hallux valgus.

b) *Forme rachitique*, provenant d'une déformation spécifique de la base du premier métatarsien ou du grand cunéiforme. Séquelles du rachitisme, ces déformations peuvent apparaître lors de la puberté (rachitisme tardif qui, causant une difformité d'abord minime, peut s'accentuer plus tard sous les influences statiques et mécaniques).

c) *Forme mécanique.* Par suite d'une disposition congénitale du rachitisme, ou de causes purement statiques, apparaît un aplatissement de la voûte antérieure du pied. L'action des muscles déplacés à la face latérale du gros orteil peut déterminer une aggravation importante.

d) *Forme musculaire*, observée rarement comme séquelle de la paralysie musculaire infantile.

e) *Forme trophique*, dans les cas de névrites ou de tabes.

f) *Forme inflammatoire* ou plutôt *arthritique* (observations personnelles de cas d'arthritisme, compliqués d'hallux valgus à un haut degré).

B. Fredjka. ***Ostéotomie médio-latérale oblique de Chlumsky dans le traitement de l'hallux valgus.*** — La méthode de traitement de l'hallux valgus, imaginée par le prof. Chlumsky, consiste dans une ostéotomie oblique médio-latérale. La ligne de section commence à la face médiane du 1er métatarsien et descend obliquement vers la face latérale, où elle aboutit à la tête même du métatarsien. L'ostéotomie faite, on corrige la subluxation du gros orteil par un mouvement d'abduction; en même temps, les tendons musculaires, fixés à la face latérale de la tête du métatarsien, glissent sur la face médiane. Le 1er métatarsien, par un mouvement de glissement de ses deux fragments, vient ainsi dans une position d'abduction qui produit son raccourcissement. Il est quelquefois préférable de fixer, par quelques sutures, les tendons des muscles extenseurs dans cette position nouvelle; la suture peut aussi ne pas s'imposer. Quant à la résection de l'exostose, on ne la pratique que dans les cas graves. Il n'est pas nécessaire d'allonger les tendons, en raison du raccourcissement du 1er métatarsien qui résulte de la résection.

Les suites opératoires sont très bonnes : le malade commence à marcher trois semaines après l'opération, et il est complètement guéri au bout de six semaines. A la Clinique orthopédique de Bratislava, cette opération a été pratiquée sur 10 sujets, avec les meilleurs résultats au double point de vue esthétique et fonctionnel; le gros orteil a toujours gardé sa mobilité, son raccourcissement offrant une sécurité absolue contre les récidives.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DES PRATICIENS

(*Paris*)

Tome XXXVIII, n° 17, 26 avril 1924.

Henri Vignes. *Appendicite et gestation.* — Il n'est pas probable que la gestation favorise l'apparition de l appendicite aiguë, car, si cela était, il devrait y avoir beaucoup d'appendicites chez les femmes enceintes et, surtout, les crises observées pendant la gestation devraient être les premières, ce qui est très rare.

Il est probable que la gestation a une influence fâcheuse chez les femmes qui ont déjà eu des crises aiguës. Il est même possible que toute femme ayant eu une crise antérieure, une vraie crise, soit à peu près inéluctablement condamnée à récidiver pendant la gestation.

Il est vraisemblable que les crises appendiculaires pendant la gestation sont particulièrement graves.

Le diagnostic en est parfois difficile : pyélonéphrite, colique néphrétique, menace d'avortement, cholécystite, névralgies lombo-abdominales.

La gestation remonte en haut et en dehors le point de Mac Burney; mais, de plus, certaines femmes ont une douleur utérine. Parfois l'irritation détermine des contractions qui prennent un type douloureux : la palpation montre un utérus dur, le toucher fait percevoir un col nullement dilaté. L'auteur signale l'observation d'une femme en train d'accoucher qui, toutes les fois qu'elle avait une contraction utérine douloureuse, se plaignait de sa cuisse et de sa jambe droites; toutes les fois qu'on remuait ce membre, l'abdomen et l'utérus devenaient douloureux.

La résistance musculaire et l'hyperesthésie cutanée ne peuvent être appréciées.

Il y a des formes graves sans accélération du pouls.

La constipation douloureuse avec fièvre, la constipation *anormalement* rebelle, des vomissements « trop incoercibles » doivent faire penser à l'appendicite.

Il ne faut jamais négliger de pratiquer le toucher rectal.

La déplétion abdominale, consécutive à l'accouchement, réveille les foyers mal éteints depuis quelques semaines ou depuis quelques années, foyers qui jusque-là faisaient à peu près bon ménage avec l'utérus gravide. Il peut en résulter des accidents péritonéaux graves et même mortels.

Vignes dénonce trois signes trompeurs qu'il a constatés dans deux cas d'appendicite *post partum* :

1° Le premier est l'existence de douleurs à type de tranchées utérines qui détournent l'attention loin de l'appendice : les contractions utérines du *post partum* réveillent chaque fois la sensibilité propre aux accidents péritonéaux ;

2° La langue est parfaitement humide, mais avec lèvres sèches ;

3° Enfin deux malades avaient le ventre parfaitement souple, ce qui s'explique par la distension que la gestation avait fait subir aux muscles de la paroi.

Il faut en principe opérer toutes les appendicites qui font parler d'elles au cours de la gestation.

J. Dumont.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Tome XLII, n° 16, 20 Avril 1924.

Prof. H. Lavrand. *Transillumination du massif facial dans l'ethmoïdite et l'ozène.* — La transillumination est un procédé d'exploration recommandable pour déceler ou confirmer les altérations du tissu osseux intra ou périnasal. Sa mise à exécution est simple, aisée, rapide, nullement pénible pour le patient. Il faut distinguer si l'opacité dépend d'une sinusite maxillaire ou d'une ethmoïdite. La transludidité indique généralement ethmoïde sain; l'opacité attire l'attention sur une ethmoïdite possible, même latente ; dans ce cas, il faut contrôler par le stylet l'état du méat moyen; ces 2 procédés se complètent pour permettre d'affirmer l'existence d'une ethmoïdite non apparente.

Sur 70 cas d'ozène ainsi examinés, L. a toujours observé l'opacité de la région maxillo-faciale ; aussi considère-t-il l'ozène comme liée à une ethmoïdite chronique, avec altération osseuse. C'est à cette lésion qu'il faut s'attaquer chez les ozéneux, à l'aide d'agents modificateurs ; l'auteur a employé dans ce but la glycérine résorcinée à 1 pour 40, puis la glycérine et chlorure de zinc à 1/30e en badigeonnages appuyés dans les méats moyens, au niveau des cellules osseuses dénudées; au besoin, il a recours au curettage, dans les cas rebelles. Les résultats obtenus sont excellents. L. Rivet.

TUMORI

(*Rome*)

Fasc. 4, 15 Avril 1924.

G. Cicala. *Lipomatose arborescente articulaire systématisée.* — C. relate l'observation d'un garçon de 12 ans chez lequel, depuis 3 ans, toutes les articulations des membres, en particulier celles du genou, avaient augmenté de volume. On se trouvait en présence de tuméfactions indolores, de consistance élastique, se déplaçant et diminuant de volume au cours des mouvements articulaires, chez un enfant pâle, peu développé, somnolent, offrant une micropolyadénopathie diffuse et des testicules peu volumineux. La cuti-réaction et la réaction de Wassermann étaient négatives, l'examen du sang ne fournissait pas de renseignements particuliers. L'opération permit d'extraire d'un genou une masse de végétations jaunâtres insérées à la fois au niveau du fémur, du tibia et de la rotule, végétations formées de tissu conjonctif embryonnaire en voie de transformation adipeuse; aucun stigmate histologique de tuberculose ni de syphilis.

A propos de cette observation, C. refait l'histoire du lipome arborescent, déjà décrit en 1798 par Goetz. Eliminant diverses théories pathogéniques, il insiste, après Fichera et Adami, sur les troubles des sécrétions endocrines chez les malades présentant diverses formes de lipomatose, parmi lesquelles la maladie de Dercum. Le malade qui fait l'objet de cette étude a été soumis à l'opothérapie thyroïdienne et surrénale. L'article s'accompagne de photographies des lésions, de coupes histologiques et de clichés radiographiques. L. Cotoni.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA

(*Parme*)

Fasc. 5, 10 Avril 1924.

M. Pelagatti. *Cutis verticis gyrata et leucémie.* — Il s'agit d'une femme de 67 ans, qui présentait des lésions très particulières des téguments. Sur toute la surface du corps, la peau était indurée, brune, semée par endroits de zones achromiques, infiltrée de nombreux noyaux ayant parfois une durée éphémère; la peau du crâne présentait un aspect rappelant celui des circonvolutions cérébrales, qu'Unna a décrit sous le nom de « cutis verticis gyrata ». L'examen des organes était négatif ; pas d'hypertrophie ganglionnaire malgré une formule sanguine particulière caractérisée par un chiffre de 28.500 globules blancs, avec 48 pour 100 de polynucléaires neutrophiles, 20 pour 100 d'éosinophiles, 12 pour 100 de mononucléaires petits, 14 pour 100 de mononucléaires moyens et grands, 2 pour 100 de cellules de Rieder, 4 pour 100 de myélocytes et promyélocytes. Les recherches bactériologiques demeurèrent négatives; l'examen histologique montra des lésions rappelant celles de la leucémie lymphatique : réticulum rempli de cellules à noyau très coloré, et protoplasme peu abondant. La maladie dura un an environ, terminée par une affection intercurrente. L'autopsie ne montra pas de lésions importantes viscérales autres que des ulcérations et des nodosités tuberculeuses au niveau de l'intestin grêle.

Après avoir discuté plusieurs diagnostics pour les éliminer tels que lymphogranulomatose, lympbadénome, lymphosarcome, mycosis fongoïde, P. s'en tient à celui de leucémie lymphatique chronique à type aleucémique, avec lésions cutanées exclusives. Etudiant l'étiologie de la lésion appelée « cutis verticis gyrata », il conclut que ce n'est pas une entité nosologique, mais un état pathologique relevant de causes variables : malformations, processus inflammatoires, néoplasies. Plusieurs photographies accompagnent cet important travail. L. Cotoni.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Munich*)

Tome LXXI, n° 12, 21 Mars 1924.

A.-E. Lampé. *La dyspepsie de fermentation et son traitement.* — La dyspepsie de fermentation se caractérise par l'abondance des fermentations gazeuses intestinales, s'accompagnant de troubles variés, parmi lesquels la diarrhée est au premier plan.

Dans la *forme aiguë*, les selles sont nombreuses (8 à 10 par 24 heures), liquides ou à demi, de couleur claire, d'odeur acide, mousseuses à la surface, acides au tournesol; elles renferment des petits fragments de féculents visibles à l'œil nu et semblables à des graines de sagou. Au microscope, les débris de fibres musculaires sont rares et bien attaqués; par contre, les cellules de pommes de terre ou de féculents, le plus souvent pleines de grains d'amidon, remplissent la préparation et sont entourées de fragments d'amidon amorphe, très reconnaissables après addition de solution iodo-iodurée. La flore à granulose iodophile est extrêmement riche : clostridies butyriques, longs bacilles et cocci innombrables, sarcines et levures, leptothrix. Dans le tube à fermentation, le développement des gaz est très rapide et abondant. Les malades se plaignent de borborygmes, de ballonnement et ont des émissions de gaz fréquentes par l'anus. Ils accusent de l'inaptitude au travail, de la perte des forces, un amaigrissement souvent rapide. L. attire l'attention sur les particularités de l'image radiologique de l'intestin grêle chez ces malades : les contours des dernières anses grêles sont bien plus nets et se voient sur une plus grande étendue que chez les sujets normaux ; les anses sont plus larges et souvent parcourues par des gaz. Dans les formes sérieuses, au-dessus des anses atoniques se voient souvent des portions présentant du spasme. La mobilité provoquée de l'intestin est normale, ce qui différencie la dyspepsie de fermentation des troubles dus aux adhérences intestinales.

La *forme chronique* est la plus commune. Elle se traduit par des périodes de diarrhée affectant les caractères déjà décrits qui alternent au bout de quelques jours avec des rémissions incomplètes, pendant lesquelles les malades sont gênés par la flatulence, par une sensation de pesanteur et malaise abdominal. Ils ne peuvent tolérer les légumes grossiers ni les fruits. A ce moment, le diagnostic exact n'est guère possible que grâce à l'examen coprologique pratiqué après régime de Schmidt qui révèle les particularités déjà signalées.

Il existe une *forme larvée* où les symptômes se réduisent à la tendance au météorisme, à la présence de 2 ou 3 selles molles, aux troubles digestifs provoqués par certains aliments : fruits crus, pain et légumes grossiers. Le diagnostic habituellement porté est celui de gastro-névrose que l'examen coprologique permet de rectifier.

Ces fermentations anormales relèvent d'une indigestion des hydrates de carbone en général et de la cellulose en particulier pendant le séjour du chyme dans la terminaison de l'iléon et dans le cæcum, d'où pullulement des bactéries acidoformatrices, les produits de fermentation acide irritant la muqueuse intestinale qui réagit par un péristaltisme exagéré et de l'hypersécrétion. La suppression de la cellulose dans le régime atténue les phénomènes morbides, tandis qu'au contraire le régime végétarien les augmente. Diverses conditions adjuvantes, certaines d'ordre constitutionnel, interviennent encore dans la pathogénie.

La thérapeutique tient presque exclusivement dans le régime : d'abord cure de jeûne de 3 jours (thé sans sucre ni lait, au besoin injections glycosées intraveineuses); puis régime dépourvu d'hydrocarbonés pendant 15 jours (bouillon de viande, jaunes d'œufs, ensuite kéfir, beurre frais, moelle osseuse, gruyère, fromage blanc, tisanes); les 15 jours suivants, on ajoutera prudemment des hydrates de carbone de digestion facile (crème de riz, puis sucre, vermicelle, bouillies), enfin gâteaux secs à la farine de froment et lait pur; les 8 jours suivants, on donnera de la viande; enfin pendant 1 mois on réhabituera peu à peu l'intestin aux aliments cellulosiques (d'abord riz bien cuit, puis purées de pommes de terre, pain de froment, enfin légumes tendres et fruits en compote). Après le retour à l'alimentation ordinaire, on intercalera pendant 1 an 1 jour de régime sans cellulose par semaine. Comme médicaments, on peut employer les préparations bismuthées (thioforme), les pilules d'ichthyol, le carbonate de chaux.

P.-L. Marie.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Leipzig*)

Tome L, n° 12, 21 Mars 1924.

F. Fonseca (de Lisbonne). ***Influence de l'insuline sur la lipémie dans le diabète.*** — La lipémie se voit très fréquemment dans le diabète, surtout lorsqu'il existe de l'acidose. Les recherches sur les relations entre la glycémie, l'acidose et la lipémie sont encore peu nombreuses. Joslin et Gray, Petréu ont déjà montré que l'insuline provoquait la diminution de la lipémie qui persiste plus longtemps que la baisse de la glycémie et Mac Leod, chez le chien dépancréaté et nourri avec du sucre, a vu que la quantité des acides gras du foie et du sang s'abaissait remarquablement sous l'influence de l'insuline.

Chez un enfant de 13 ans, en état de précoma, F. a observé 4 heures après l'injection d'insuline une diminution de l'acétone, de l'acide β-oxybutyrique du sang (déterminé par la méthode d'Engfeldt-Lublin) et de la lipémie (dosée par la méthode de Bang). Cette dernière tomba même au-dessous de la normale, mais elle remonta dès que l'insuline fut interrompue en même temps que l'acétonurie s'accroissait. Une seconde cure amena une nouvelle chute de la lipémie et des corps acétoniques du sang. Une interruption de 2 jours dans le traitement fit remonter un peu l'acidose et très peu la lipémie. La glycémie, malgré l'insuline, ne diminua guère chez ce malade. La disparition des corps acétoniques du sang n'est pas due à leur excrétion par le rein ainsi que l'établissent les analyses d'urine, mais probablement à une meilleure combustion.

Chez un autre diabétique acidosique, F. a constaté 4 heures après l'injection d'insuline la baisse de la glycémie, de la lipémie et des corps acétoniques du sang. La diminution de la lipémie et de l'acidose était plus durable que celle de la glycémie.

Chez un sujet normal, l'injection de 10 unités d'insuline américaine a produit également, en même temps qu'une hypoglycémie, une diminution de la teneur du sang en graisses. L'influence de l'insuline sur la lipémie diabétique peut s'exercer indirectement et être la conséquence de la meilleure utilisation des hydrates de carbone, mais la diminution des graisses chez le sujet normal semble indiquer que l'insuline peut également avoir un rôle direct sur la teneur du sang en graisses. P.-L. Marie.

H. Zondek. ***Le problème de la sécrétion interne.*** — Z. pense que le mode d'action des hormones est bien plus complexe qu'on ne l'admet actuellement. Envisageant d'abord l'antagonisme qui existe entre certains groupes de glandes endocrines et l'équilibre de fonctionnement normalement réalisé entre elles, Z. répugne à accepter que cet équilibre permanent soit le fait d'un degré de sécrétion des glandes opposées si parfaitement accordé qu'il en résulte un niveau constant. L'activité sécrétoire des endocrines est bien sous la dépendance du système nerveux central, mais à côté de cette influence relativement assez grossière, il faut admettre une régulation encore plus fine et plus sensible au niveau de la cellule même. Comment expliquer autrement que l'introduction dans l'organisme de quantités assez fortes d'hormones qui normalement agissent à des doses infinitésimales, thyroïdine, par exemple, ne produise pas de symptômes d'hyperthyroïdie ? Z. s'efforce de démontrer que la cellule sur laquelle doit agir l'hormone intervient elle-même dans la régulation et que les hormones ne se favorisent ou ne s'inhibent pas entre elles d'une manière absolue, en tant qu'hormones, mais seulement parce qu'elles se trouvent agir dans des conditions de milieu différentes qui les influencent. A l'appui de cette conception, Z. invoque ses expériences sur les têtards. On sait que l'addition de thyroïde à leur milieu d'existence accélère leur métamorphose et retarde leur croissance tandis que l'adjonction de thymus produit l'effet inverse. Mais il suffit d'ajouter certains électrolytes pour modifier ces résultats : l'addition de potassium renforce l'action de la thyroïde; celle d'une faible dose de chlorure de calcium l'empêche, une dose plus forte du même sel inversant l'action de la thyroïde et produisant le même résultat qu'avec le thymus. On sait de même que l'action de l'adrénaline est suspendue par K et renforcée par Ca. Ces électrolytes représentent donc un mécanisme de régulation périphérique, à la portée de la cellule même sur laquelle doit s'exercer l'action de l'hormone qui devient ainsi variable et réversible.

Dans le fonctionnement cellulaire en général, Z. distingue 2 stades : un stade d'excitation, indépendant des hormones, dans lequel sont réalisées, sous l'influence de l'impulsion nerveuse, les modifications de l'équilibre des électrolytes aboutissant à la concentration des cations le long de la membrane cellulaire; un stade de fonctionnement spécifique, soumis à l'influence des hormones qui interviennent lorsque a été réalisé le milieu qui les active et permet leur action. La même hormone serait capable, par suite des modifications de l'équilibre physico-chimique cellulaire, d'assurer la réversibilité de la fonction de la cellule.

La genèse d'une affection endocrine pourrait ainsi reconnaître des origines diverses : lésions ou troubles fonctionnels (hyper-, hypo- ou dysfonction) de la glande intéressée; troubles dans le système de régulation soit au niveau du centre cérébral végétatif, soit dans les voies de conduction végétatives, soit à la périphérie dans l'équilibre des électrolytes. On peut retrouver ces mécanismes différents à l'origine de la maladie de Basedow, du diabète insipide, etc. L'existence de troubles du système de régulation périphérique rendrait compte des endocrinopathies partielles, acromégalie, obésité localisées, par exemple, persistance de dépôts graisseux chez les basedowiennes au métabolisme pourtant très exagéré, ainsi que de la prédisposition locale de certains tissus, expliquant les formes frustes des endocrinopathies (cœur goitreux sans exophtalmie, par exemple) ou leurs symptômes apparemment discordants (signes de myxœdème chez des basedowiens, obésité ou cachexie produites par des lésions hypophysaires de même nature).

Les résultats constatés chez les têtards se retrouvent chez les animaux supérieurs. L'adjonction de chlorure de calcium à la thyroxine supprime l'exagération du métabolisme que produit celle-ci. L'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse ne détermine plus dans le diabète insipide de diminution de la diurèse si l'on y ajoute du chlorure de calcium, tandis que le chlorure de potassium renforce l'action de l'hypophyse. L'action de l'insuline semble sujette à des variations analogues; cliniquement d'ailleurs certains diabétiques s'y montrent réfractaires et chez d'autres on l'a vue provoquer une diminution de la tolérance aux hydrates de carbone.

P.-L. Marie.

N° 13, 28 Mars.

La *Société de Thérapeutique scientifique de Königsberg* s'est longuement occupée de la question de la radiothérapie des tumeurs malignes dont les 4 rapports suivants exposent l'état actuel.

Kurtzahn. ***La radiothérapie des tumeurs malignes en chirurgie.*** — Un certain désappointement se fait jour, en Allemagne, actuellement, en ce qui concerne les résultats de la radiothérapie des tumeurs malignes et les cliniciens sont d'avis, à l'unanimité, que les succès thérapeutiques n'ont pas marché de pair avec les progrès de la technique. Une des raisons qui avaient fait naître au début des espoirs exagérés fut la tendance de beaucoup d'auteurs à publier des résultats isolés particulièrement heureux, et aussi le fait que le mot succès n'a pas la même signification pour tous ceux qui l'emploient. Une diminution de volume ne peut être considérée en soi comme un succès. La disparition complète même d'une tumeur peut équivaloir à un échec si l'état général s'aggrave. La question de savoir si vraiment la survie moyenne des cancéreux irradiés est plus longue que celle des malades non irradiés reste encore obscure, et la solution est d'autant plus difficile que cancer et sarcome constituent des affections dont la gravité et l'évolution sont très variables dans les cas pris en particulier; on connaît même des faits de guérison spontanée (Sauerbruch, Trinxler). Les critères objectifs du succès sont, en dehors de la régression de la tumeur, l'amélioration de l'état général, la reprise d'une vie normale, la prolongation de la survie par rapport aux cas non irradiés. De l'examen critique des résultats de la radiothérapie fait de ce point de vue, se dégage avec netteté le principe suivant : ne pas irradier les tumeurs opérables. Les résultats du traitement opératoire sont de beaucoup supérieurs à ceux de la radiothérapie, mais dans les cas inopérables, nous ne disposons pas de moyens plus efficaces que la radiothérapie pour influencer l'évolution dans un sens favorable.

En ce qui concerne l'emploi des rayons X en général, il est encore impossible de dire comment ils agissent sur les cellules et s'ils sont capables vraiment à petites doses d'exciter les processus vitaux et à fortes doses de les entraver. Le problème du dosage est encore très débattu. On tend à ne plus admettre l'influence des doses insuffisantes, dites d'excitation, qu'on croyait activer le développement des néoplasmes. Plusieurs auteurs mettent en garde contre les doses excessives. Tous les échecs ne doivent pas être mis sur le compte des doses insuffisantes et l'on voit mainte tumeur défier des doses formidables, destructrices des tissus normaux. Toutefois, il est bien établi que beaucoup de néoplasmes ne cèdent qu'à un traitement intensif. Dans le cancer, il est indiqué d'employer 95 à 110 pour 100 de la dose d'érythème et il faut rejeter les doses insuffisantes. Les sarcomes offrent une radiosensibilité encore plus variable que celle des cancers; les plus influençables sont le lymphosarcome qui ne réclame souvent que 30 pour 100 de la dose d'érythème, puis le sarcome à cellules rondes, ensuite le sarcome à cellules fusiformes; le chondrosarcome et le mélanosarcome se montrent habituellement réfractaires.

L'avantage du radium est de pouvoir s'appliquer directement sur les tumeurs situées dans les cavités des organes difficilement accessibles aux rayons X; son défaut est le peu de pénétration de son rayonnement. Celui-ci est capable d'influencer favorablement certains cancers (langue, lèvres) réfractaires aux rayons X.

Dans les cancers de la peau, rayons X et radium donnent en général des résultats favorables; les guérisons de plus de 3 ans de date sont fréquentes. Cependant certains cancers sont réfractaires (cancroïde du pavillon de l'oreille, souvent lupus cancérisé). Mieux vaut opérer les tumeurs opérables et se contenter d'irradier les cas inopérables.

Le cancer du sein inopérable ne guérit presque jamais par la radiothérapie, de même que les récidives, mais elle peut souvent faire disparaître des noyaux isolés et les métastases cutanées. La question de l'irradiation post-opératoire est encore très débattue, K. n'y a plus recours.

Dans les cancers de la bouche (langue, joues, maxillaires) traités dès le début, le radium peut donner des guérisons durables, une amélioration passagère dans les cas avancés. Les adénopathies sont au-dessus des ressources de la radiothérapie, le plus souvent. De même les tumeurs des sinus et du rhino-pharynx. Le radium est préférable encore ici ainsi que dans le cancer du larynx où il peut améliorer notablement les troubles fonctionnels. Les rayons X, à cause des accidents possibles d'œdème glottique et de nécrose, doivent être bannis. Pour la même raison, les goitres malins seront irradiés avec prudence; leur radiosensibilité paraît très variable. Le cancer de l'œsophage ne se prête qu'au radium. L'application au moyen de sondes ou de l'œsophagoscopie est à déconseiller; il faut faire une gastrostomie préalable et introduire le radium par cathétérisme sans fin au moyen d'un fil. Les résultats de K. sont satisfaisants, la survie moyenne dépasse de 6 mois celle obtenue avec la seule gastrostomie.

La radiothérapie du cancer gastrique, qu'on expose ou non l'estomac directement aux rayons X, est à déconseiller : bénéfice d'ordinaire nul, troubles dus à l'irradiation très accusés. Le traitement du cancer du rectum par les rayons X, seuls ou mieux combinés

avec le radium, dans ce cas avec anus artificiel préliminaire, fournit de beaux succès, moins beaux cependant que le cancer du col; ils ne sont pas encore la règle.

La radiothérapie combinée des tumeurs vésicales améliore parfois les troubles fonctionnels et l'état général, mais la régression de la tumeur est d'ordinaire peu importante.

Dans les tumeurs cérébrales, les améliorations dues à la radiothérapie sont parfois très brillantes, mais restent exceptionnelles; les tumeurs de l'hypophyse répondent mieux à ce traitement et la cécité disparaît souvent.

Les sarcomes réagissent très différemment aux rayons X; 20 pour 100 se montrent réfractaires. Dans 30 pour 100 des cas, les manifestations cliniques disparaissent, mais l'absence de récidive au bout de 2 ans ne s'observe que dans 10 pour 100 des cas.

P.-L. Marie.

H. Naujoks. ***La radiothérapie des tumeurs malignes en gynécologie.*** — En gynécologie, la radiothérapie représente un énorme progrès dans le traitement du cancer; elle a sauvé la vie de bien des malades et, comme palliatif, ses bons résultats sont indéniables. Toutefois, à l'enthousiasme du début a succédé une réaction; elle n'est pas la panacée anticancéreuse escomptée; elle a ses limites et ses dangers; elle ménage aussi des déceptions.

Les principes mêmes de la méthode sont assez chancelants. On tend à rejeter l'action élective des rayons sur la cellule cancéreuse et à accorder plus d'importance à la réaction conjonctive. L'école d'Opitz, qui considère la tumeur comme l'expression locale d'une prédisposition générale, attribue l'influence des rayons à une action sur le système nerveux végétatif et les glandes endocrines, et à une action chimique modifiant indirectement le néoplasme.

Le cancer inopérable du col, traité d'ordinaire par les rayons X et le radium combinés, donne de 6 à 9 pour 100 de succès durables, proportions très réjouissantes; cependant N. n'a jamais observé de survie dépassant 3 ans 1/2. L'absence de guérisons vraiment durables ne doit pas faire oublier l'influence si bienfaisante du traitement sur les symptômes du cancer. Dans les cas à la limite de l'opérabilité, la radiothérapie avec ses 22 à 30 pour 100 de succès durables est en concurrence souvent heureuse avec l'intervention dont la mortalité est alors très grande (20 p. 100). Dans les cas opérables, la radiothérapie ne peut revendiquer encore la place de la chirurgie. L'opinion presque unanime des gynécologues est d'opérer ce qui est opérable, mais la radiothérapie post-opératoire est de réelle valeur prophylactique. Il faut souhaiter pour le plus grand bien des malades la collaboration des chirurgiens et des radiologistes. L'antagonisme actuel doit cesser si l'on comprend que la radiothérapie n'est pas l'arme, mais une des armes dirigées contre le cancer. N. passe en revue les moyens auxiliaires de la radiothérapie. Il rejette l' « excochléation » préliminaire de la tumeur et la curiethérapie post-opératoire. Il ne se prononce pas sur l'utilité de la radiothérapie préopératoire ni sur celle de la curiethérapie paravaginale de Bumm qui vise les récidives du ligament large, ni sur l'irradiation de l'hypophyse qui, par la congestion génitale produite, déterminerait une vacuolisation des cellules cancéreuses propice à l'action des rayons.

La radiothérapie ne joue qu'un rôle secondaire dans les autres cancers génitaux: ceux de la vulve et du vagin ne donnent guère que des mécomptes; le cancer de l'ovaire est exclusivement chirurgical; celui du corps de l'utérus également; les cas inopérables de ce dernier sont peu influencés par les rayons X, comme les adénocarcinomes en général qu'ils sont presque toujours. Les sarcomes de l'utérus, tout en réagissant à de plus petites doses que le cancer, offrent une radiosensibilité très variable et souvent une tendance progressive effrayante. Toutefois, les résultats de la radiothérapie semblent supérieurs à ceux de l'opération. Les chorioépithéliomes, d'une grande malignité, relèvent de l'opération radicale; cependant N. a pu traiter avec succès durable par les rayons un cas où existaient des métastases pulmonaires. Les récidives cancéreuses, tout en étant influencées par les irradiations, ne laissent guère d'espoir de succès durable.

P.-L. Marie.

Klewitz. ***La radiothérapie des tumeurs malignes en médecine interne.*** — Les résultats obtenus dans ce domaine sont peu brillants malgré les grands progrès réalisés par la technique dont ont bénéficié les malades de K., tous traités de façon intensive. Il est vrai que certains étaient déjà porteurs de métastases.

K. a irradié 24 *lymphogranulomes* avec un résultat immédiat très remarquable: fonte rapide des tumeurs, retour des forces avec possibilité de retravailler, mais la récidive ne fut pas longue à se manifester et la survie obtenue est négligeable si l'on tient compte de la durée de la maladie de Hodgkin non traitée par les rayons X. A noter cependant qu'un malade qui était atteint d'une volumineuse tumeur médiastinale est encore en vie au bout de 9 ans, mais il faut remarquer qu'il a été traité avec de petites doses répétées, administrées au moyen d'un appareillage considéré aujourd'hui comme très insuffisant. En somme, le bénéfice est ici purement symptomatique.

Parmi les *cancers*, ceux des voies digestives, œsophage (16, traités simultanément par le radium), estomac (28), intestin, ont fourni une statistique déplorable, exception faite d'un cancer de l'intestin terminal assez récemment traité d'ailleurs qui semble avoir disparu. K. conseille même de renoncer aux irradiations dans le cancer de l'œsophage pour recourir à la gastrostomie précoce. Sur 30 cancers pleuro-pulmonaires irradiés, 27 sont morts 20 mois au plus après le traitement, mais 2 vivent encore et sont très améliorés, au bout de 1 an 1/2 et de 2 ans.

Les *sarcomes* montrent des résultats sensiblement meilleurs, mais malheureusement de peu de durée. Sur 17 sarcomes du médiastin, 16 sont morts, au plus tard 3 ans 1/2 après le traitement, la plupart au bout de quelques mois, après avoir présenté d'ordinaire une amélioration remarquable au début: disparition des douleurs et des troubles fonctionnels, retour des forces et de la capacité de travail. D'une façon générale, la vie paraît avoir été notablement prolongée. 20 autres malades étaient atteints d'autres sarcomes, surtout d'ostéo-sarcomes et de lymphosarcomes; 15 sont morts, un an au plus après le traitement. Parmi les 5 survivants, 2 doivent être considérés comme des succès (1 sarcome du bras, 1 de la cuisse déjà opéré).

La diversité des résultats observés semble devoir être mise sur le compte de la radiosensibilité différente des tumeurs irradiées. On ne doit guère attendre une amélioration de la statistique des perfectionnements nouveaux de l'appareillage. Peut-être devrait-on recourir à des doses moins massives, mais prolongées davantage; peut-être pourrait-on tenter de sensibiliser par des agents chimiques à l'action des rayons les cellules à détruire?

P.-L. Marie.

Birch-Hirschfeld. ***La radiothérapie des tumeurs malignes en ophtalmologie.*** — Il est difficile de donner une vue d'ensemble nette des résultats de la radiothérapie en ce domaine, tant les conditions du traitement ont été variables et le diagnostic souvent mal précisé. S'appuyant sur 452 cas bien observés, dont 26 personnels, B.-H. en arrive à cette conclusion générale que ni les rayons X ni le radium, bien qu'un rôle adjuvant important leur revienne, ne peuvent remplacer le bistouri; tout au plus, avant de prendre ce dernier, est-il préférable de soumettre aux irradiations les tumeurs épibulbaires, les lymphomes de l'orbite, les tumeurs de l'hypophyse. D'autre part, il faut savoir que l'emploi continu de grosses doses n'est pas sans danger pour l'œil; il peut survenir des lésions des vaisseaux de la conjonctive, de l'iris et de la rétine, capables d'aboutir au glaucome (5 cas dont 3 personnels), des opacités de la cornée et du cristallin. Il faut donc combattre l'opinion d'après laquelle l'œil serait peu radiosensible, et protéger le bulbe lorsqu'on irradie des tumeurs situées à son voisinage.

B.-H. classe ainsi les résultats obtenus:

1° *Tumeurs des paupières et de la conjonctive.* — Dans le carcinome des paupières, beaux résultats fonctionnels et esthétiques avec les rayons X et le radium; l'épithélioma du bord des paupières d'ordinaire assez bénin régresse vite même avec des rayons mous, mais les récidives ne sont pas rares (14 cas sur 8 traités par B.-H. Hegendahl sur 85 cas compte 61 pour 100 de guérisons, 24 pour 100 d'améliorations, 15 pour 100 de cas rebelles malgré une technique tout à fait moderne). Le siège et l'étendue du néoplasme sont d'importance majeure pour le pronostic; il est défavorable pour la radiothérapie, si la conjonctive ou l'orbite sont atteints; comme la clinique ne permet pas toujours de connaître la profondeur du mal, il est préférable d'opérer et de s'aider ensuite des irradiations si une opération radicale n'a pu être faite.

2° *Tumeurs épibulbaires.* — Il s'agit le plus souvent d'épithéliomas originaires du limbe, s'étendant sur la cornée, parfois vers l'intérieur du bulbe. L'extirpation et la cautérisation étant suivies souvent de récidives rapides, et l'énucléation d'un œil qui y voit n'étant pas d'habitude acceptée, l'irradiation est indiquée, le radium en particulier ayant donné de bons résultats en ce cas.

3° *Tumeurs intrabulbaires.* — La radiothérapie, pratiquée exclusivement avec des rayons durs, est capable de faire rétrocéder les gliomes de la rétine, mais presque tous les malades succombent bientôt aux métastases. Il ne faut irradier que lorsque l'énucléation n'est pas de mise (cas d'un œil unique restant) ou est refusée. Les sarcomes de la choroïde n'ont pas donné de succès durable. Malgré un traitement poursuivi pendant 3 ans (80 doses d'érythème), B.-H. a vu une tumeur de ce genre s'étendre vers la seconde année du traitement, l'apparition d'un glaucome dû aux irradiations obligeant à pratiquer l'énucléation; on trouva encore un nodule et des cellules néoplasiques intactes malgré les fortes doses employées.

4° *Tumeurs de l'orbite.* — Excepté pour les lymphomes, qui sont peut-être des tumeurs de nature bénigne, les résultats sont peu brillants: quelques améliorations isolées, pas de guérisons durables. L'opération doit être la règle.

5° *Tumeurs de l'hypophyse.* — Les résultats de la radiothérapie sur la récupération de la vision sont souvent excellents. Sur 54 cas traités, 45 ont été très améliorés ou guéris, mais la tumeur hypophysaire est d'ordinaire un adénome, de nature bénigne. La radiothérapie des carcinomes hypophysaires ne donne pas de pareils succès.

P.-L. Marie.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

N° 3297, 8 Mars 1924.

R Mc Carrison ***Les relations entre le riz et le beribéri dans l'Inde.*** — M. ne considère pas le problème de l'étiologie du béribéri comme définitivement tranché par les recherches modernes, tout au moins en ce qui concerne l'Inde, et l'opinion qui attribue la maladie à l'usage exclusif du riz décortiqué lui paraît trop étroite.

Ses objections se basent d'abord sur la répartition géographique du béribéri. Alors que le riz, très largement cultivé dans l'Inde, constitue l'aliment fondamental de millions de ses habitants, la maladie est cantonnée à une étroite bande de la côte est, appartenant à la province de Madras; il existe en outre quelques foyers limités en Assam et au Bengale. Comment donc expliquer que la région de la côte occidentale située sous la même latitude que le foyer endémique de la côte orientale soit indemne de béribéri alors que les habitants de cette dernière consomment surtout du riz rouge (*parboiled rice*) réputé non dangereux? On ne peut guère admettre que les populations de la côte ouest usent en supplément d'aliments ayant un pouvoir protecteur plus grand à l'égard du béribéri; il faut plutôt incriminer la présence d'un facteur spécial autre que le riz dans la zone endémique. Comment expliquer encore que le béribéri sévissait déjà, confiné dans cette même zone côtière, au temps où, les moulins n'existant pas, on consommait le riz entier (*paddy*) concassé? Aujourd'hui encore, en certains centres reculés de cette zone, les indigènes utilisent ce riz et sont atteints de la maladie. Mais il est bien exact qu'en dehors de cette zone, le béribéri affecte surtout les consommateurs de riz poli.

D'autre part, dans la zone endémique, les musulmans sont plus frappés que les Hindous, plus grands consommateurs de riz cependant. De plus, dans les prisons de la province de Madras, bien que l'alimentation soit partout la même, les cas de béribéri ne se produisent que dans la zone endémique et les cas qu'on constate parfois ailleurs ont été importés de cette zone. Enfin, malgré une ration alimentaire semblable, les cas qui surviennent parmi les troupes situées dans des garnisons variées de l'Inde concernent presque exclusivement des soldats originaires de la zone endémique. Il faut donc admettre l'existence de certains facteurs autres que l'usage

exclusif du riz, dans la production du béribéri dans les foyers endémiques, facteurs qui ne se retrouvent pas ailleurs ou à un moindre degré.

Par ailleurs, la pauvreté du riz en acide phosphorique qu'on pourrait incriminer ne peut être mise en cause pour expliquer la localisation géographique. D'autre part, le riz exporté de la zone endémique ne se montre pas béribérigène et toute altération du riz provenant de mauvaises méthodes de conservation peut être exclue.

Le béribéri est-il bien directement causé par la carence en vitamines B comme le veut l'opinion actuellement régnante? M. a nourri des séries de pigeons exclusivement avec les différentes variétés de riz en usage dans l'Inde soumises à divers degrés de mouture et de polissage. L'étude des courbes de poids montre qu'il y a de grandes variations dans la valeur nutritive et la teneur en vitamines des divers riz, que ces deux propriétés ne vont pas toujours de pair, que le riz rouge est supérieur au paddy moulu et au riz poli, que le lavage diminue la valeur nutritive et le taux des vitamines, enfin que les riz consommés par les indigènes atteints de béribéri ne sont pas les plus pauvres en vitamines et, inversement, que certains riz très dépourvus de vitamines sont utilisés dans des localités où le béribéri est inconnu. Il faut remarquer que seul le riz provenant de la zone endémique provoqua du béribéri authentique (chez 2 pigeons sur 18), qui se différencie absolument de la polynévrite de carence par l'augmentation de volume du cœur et du foie qui sont le siège d'altérations pathologiques. Mais des pigeons nourris avec des riz qui causaient la maladie chez l'homme n'ayant présenté, les années précédentes, aucun cas de béribéri expérimental, M. incrimine plutôt l'origine des pigeons employés cette année, qui provenaient d'une région où règne de temps en temps le béribéri. Comme les soldats originaires de la zone endémique, ils présenteraient une susceptibilité spéciale. Effectivement ces mêmes pigeons contractèrent la maladie avec un régime de mil et de riz provenant de régions non béribériques, régime suffisamment pourvu de vitamines B. M. en conclut qu'il existe un facteur inconnu qui se superpose à la polynévrite avitaminique pour lui conférer les caractères du béribéri véritable. La carence en vitamines B, quelque importante qu'elle soit dans l'étiologie du béribéri, n'est pas l'unique facteur en cause.

P.-L. Marie.

H. W. Nott. ***Intoxication générale due à la paraphénylènediamine employée comme teinture capillaire.*** — Les méfaits locaux des teintures à base de phénylènediamine sont bien connus, en particulier les dermites du cuir chevelu consécutives à la teinture des cheveux et celles du cou après port de fourrures teintes avec ce produit. Plus exceptionnels sont les accidents généraux. Le cas rapporté par N. en est un exemple. Depuis 3 ans, un coiffeur présentait des malaises soudains caractérisés par des palpitations, une sensation de défaillance et de mort prochaine, parfois suivis de perte de connaissance. Les diagnostics les plus divers avaient été faits : grippe, indigestion, névropathie. N. fut appelé au cours d'une de ces crises. Le malade donnait l'impression d'un homme épuisé par plusieurs nuits d'ivresse, avec son visage cyanosé et grisâtre à l'expression anxieuse, ses yeux humides, ses conjonctives injectées, ses lèvres violacées. Les paupières, les gencives et la langue étaient gonflées. Le pouls battait à 105; la température était normale. Le malade se plaignait de nausées, de douleurs épigastriques et interscapulaires, de palpitations, de gêne de la déglutition, de brûlures dans la gorge et derrière le sternum et de vives douleurs thoraciques lors des inspirations profondes. L'idée d'un empoisonnement s'imposait; l'arsenic surtout paraissait devoir être incriminé. Le patient fournit la solution en demandant si la teinture qu'il appliquait depuis 3 ans, sans porter de gants, travaillant au milieu de ses vapeurs, et dont il avait les doigts imprégnés, pouvait être responsable de ces troubles. A l'analyse, cette teinture se montra formée d'un mélange de méta- et de paraphénylènediamine. Il s'agissait évidemment d'un sujet présentant une susceptibilité spéciale à l'égard de ces substances qui peuvent intoxiquer sans qu'il existe de lésions de la peau. Il est à remarquer que dans ce cas un jour et demi s'écoulait entre l'exposition au poison et le début de la crise. Une fois l'usage de cette teinture cessé, les malaises ne se reproduisirent plus.

P.-L. Marie.

J. A. Watt et E. C. Stubbs. ***Deux cas d'érythème noueux accompagnés de bacillémie tuberculeuse.*** — Ces 2 cas viennent à l'appui de l'opinion de Calmette qui soutient que l'érythème noueux est l'expression d'une bacillémie. Déjà Ernberg, au Congrès de Pédiatrie de Copenhague de 1919, étudiant l'avenir des enfants atteints d'érythème noueux, a montré que sur 31 ayant eu cette manifestation en 1916, 13, dans l'année qui la suivit, présentèrent des symptômes de tuberculose et l'un d'eux mourut de tuberculose miliaire. Ultérieurement, dans 39 cas d'érythème noueux, il trouva des lésions tuberculeuses en activité chez 35 sujets à l'examen radiologique du thorax; les 4 autres malades avaient une adénopathie cervicale tuberculeuse ou de la conjonctivite phlycténulaire.

Les cas relatés ici concernent 2 enfants, l'un de 9 ans, l'autre de 13 ans, habitant le même petit village, qui, à peu de mois de distance, présentèrent un érythème noueux typique accompagné de fièvre. La radiographie du thorax montra chez eux des lésions pulmonaires accentuées. Le premier mourut de méningite tuberculeuse 5 mois après l'apparition de l'érythème. Le second conserve une fièvre oscillante et des signes accusés d'imprégnation tuberculeuse, coexistant avec une infiltration étendue du poumon.

P.-L. Marie.

N° 3300, 29 Mars.

E. L. Kennaway. ***Quel est le facteur cancérogène dans le goudron?*** — K. a fait des recherches systématiques avec les divers composants du goudron dans le but d'identifier celui qui produit le cancer.

Il faut remarquer d'abord que parmi les diverses variétés de goudrons (goudrons de lignite, d'usines à gaz, de fours à coke, de hauts fourneaux), seule la dernière ne produit le cancer ni chez l'homme ni chez la souris. Sa composition est malheureusement mal connue; on sait toutefois qu'il renferme plus de paraffine et de phénols autres que l'acide phénique, mais que certains composés aromatiques (benzène, anthracène en particulier) y font défaut.

Les enquêtes menées parmi les ouvriers du goudron montrent que le facteur cancérogène se trouve dans les fractions distillant entre 250° et 500° environ, huile de créosote, huile d'anthracène et ses constituants (huile verte, anthracène brut), brai. L'expérimentation sur les souris confirme ces données et établit en outre que la substance cancérogène n'est pas concentrée dans les cristaux tenus en suspension par l'huile d'anthracène, qui, séparés par filtration, représentent la fraction nommée anthracène à 40 pour 100, et que le liquide obtenu par distillation du brai à 550° renferme encore le facteur cancérogène.

K. a cherché ensuite à déterminer parmi les composés connus à point d'ébullition élevé, qui entrent dans la constitution des goudrons et des pétroles, celui ou ceux qui sont capables de produire le cancer. A cet effet, il a employé ces composés isolés en applications sur des séries de 100 souris pendant neuf mois. Il n'a abouti qu'à des résultats négatifs. L'anthracène, le phénanthrène, le chrysène, le picène, le rétène, le truxène, l'acénaphtène, le fluorène, l'acridine, la carbazole, l'aniline, le benzène, le toluène, le xylène n'ont donné que des échecs expérimentaux. L'enquête industrielle et l'évidence expérimentale ne permettent pas d'accorder d'importance au naphtalène ni aux acides ni aux composés azotés. Il semble que la substance cancérogène soit un composé encore inconnu, instable et présent en quantités très minimes, peut-être aussi faibles que celles des vitamines dans les aliments. Les substances qu'on sait exister dans les goudrons ont pu être isolées en raison de leur abondance, de leur stabilité ou de la faculté qu'elles ont de former des composés bien définis; les substances inconnues sont dépourvues de ces propriétés; la substance cancérogène pourrait bien se trouver parmi elles.

P.-L. Marie.

R. Mc Carrison. ***Rapports entre les engrais, la valeur nutritive et la teneur en vitamines de certaines céréales.*** — La répartition du béribéri dans l'Inde ayant amené M. à entrevoir des relations entre la valeur nutritive, la teneur en vitamines des céréales et les conditions de leur culture, il a fait ensemencer du mil sur les champs d'expérience de l'Ecole d'agriculture du gouvernement de Madras qui avaient reçu des fumures différentes. 8 parcelles avaient reçu des engrais minéraux (azote, potasse, acide phosphorique seuls ou associés), 2 du fumier de ferme; une parcelle n'avait pas été fumée depuis de nombreuses années.

Quantitativement, les terrains qui avaient reçu des engrais minéraux complets donnèrent les meilleures récoltes, mais l'expérimentation biologique, en désaccord par ailleurs avec les résultats de l'analyse chimique, montra que les qualités nutritives des produits obtenus n'allaient pas de pair avec leur quantité. Des séries de pigeons furent nourris avec du riz dépourvu de vitamines B comme alimentation de fonds et reçurent en supplément une quantité déterminée de différents échantillons de mil récoltés. Or, la courbe de poids indique que le mil cultivé sur un terrain engraissé de façon continue avec du fumier possède une valeur nutritive plus grande que le mil obtenu en présence des engrais chimiques, même complets, que la valeur nutritive varie avec l'engrais employé, enfin que le mil récolté sur un sol épuisé n'a qu'une faible valeur nutritive.

Pour apprécier la teneur respective en vitamines des divers échantillons de mil, M. s'est basé sur la date d'apparition de la polynévrite chez les pigeons ainsi alimentés d'une façon prolongée. Là encore, le mil provenant des parcelles traitées avec le fumier montra sa supériorité. La polynévrite apparut très précocement chez les pigeons nourris avec le mil récolté sur le terrain épuisé.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Tome LXXXII, n° 10, 8 Mars 1924.

E. Ingerman et M. G. Wilson (de New-York). ***Rhumatisme; ses manifestations dans l'enfance d'aujourd'hui.*** — I. et W. ont cherché à comparer la description du rhumatisme infantile, donnée par Cheadle il y a environ 35 ans, avec le rhumatisme tel qu'on l'observe de nos jours chez les enfants aux Etats-Unis et en Angleterre.

Leurs propres recherches ont porté sur 185 malades qu'ils ont pu suivre pendant 3 ans en moyenne (25 étaient leurs patients depuis 6 ans). Sur ce nombre, on comptait 71 pour 100 de filles et 29 pour 100 de garçons. Chez 173 malades, l'âge était compris entre 5 et 14 ans; 10 étaient âgés de 3 à 5 ans, et 2 seulement avaient moins de 3 ans. Chez nombre de ces malades, les premières manifestations du rhumatisme étaient survenues avant qu'ils ne fussent soignés par I. et W. A cet égard, les observations qui font l'objet du présent travail cadrent bien avec celles qui ont été publiées par Poynton en Angleterre. Les unes et les autres montrent que le rhumatisme apparaît à un âge très précoce, de 4 à 9 ans, avec le maximum de fréquence à 5 ou 7 ans. Le cas le plus précoce observé par I. et W. était survenu à l'âge de 18 mois.

L'influence des saisons a été notée pour les cas observés durant l'année 1922 : 31 pour 100 de manifestations s'étaient produites en hiver, 33 pour 100 au printemps, 29 pour 100 en été (particulièrement pluvieux cette année-là) et 7 pour 100 seulement en automne.

Pour ce qui est du caractère familial de l'affection, il y a lieu de noter l'existence du rhumatisme chez les parents dans 40 pour 100 des cas, et chez les frères et sœurs du malade dans 28 pour 100 des cas.

I. et W. se sont attachés à étudier l'influence de la tonsillectomie sur la production de récidives du rhumatisme. Sur les 185 malades, 88 avaient subi l'ablation des amygdales, et, dans 76 pour 100 de ces cas, des récidives du rhumatisme ont été observées au bout d'un laps de temps plus ou moins long (de 1 à 11 ans après la tonsillectomie). Sur les 18 cas de tonsillectomie incomplète, le rhumatisme a récidivé dans une proportion de 78 pour 100.

D'autre part, le groupe de contrôle formé par les 97 patients n'ayant pas subi d'ablation d'amygdales a fourni, pendant la même période, 80 pour 100 de récidives. L'ensemble de ces chiffres semble indiquer qu'en dehors des amygdales il existe d'autres sources d'infection, peu étudiées jusqu'ici.

Les progrès réalisés, pendant le dernier quart de siècle, dans la médecine préventive et l'hygiène ne paraissent guère avoir exercé d'influence sur l'évolution clinique du rhumatisme infantile.

L. Cheinisse.

T. Fay (de Philadelphie). ***Valeur comparée du sulfate de magnésie et du chlorure de sodium comme moyens de remédier à l'hypertension intracranienne.*** — Pour remédier aux accidents d'hypertension intracranienne post-traumatique, on a préconisé, dans ces derniers temps, l'emploi de solutions de sulfate de magnésie ou de chlorure de sodium, administrées par voie rectale. Or, il résulte de recherches expérimentales entreprises par F. que le sulfate de magnésie est à peu près 2 fois plus efficace que le chlorure de sodium, en même temps qu'il permet d'éviter le danger d'une vague secondaire d'œdème, due à la rétention chlorurée temporaire. De plus, chez l'homme, l'emploi du chlorure de sodium par voie rectale est assez mal supporté, provoquant de la soif et souvent des nausées.

Il importe, d'ailleurs, en ce qui concerne les indications du sulfate de magnésie, de distinguer soigneusement les cas de simple hypertension intracranienne d'avec ceux où cette hypertension s'accompagne de phénomènes de choc profond. Autant la déshydratation au moyen du sulfate de magnésie est indiquée pour lutter contre la congestion cérébrale, autant elle est contre-indiquée en cas de choc profond, lorsqu'elle ne peut que hâter la terminaison fatale. C'est l'état de la respiration et de la température qui servira de meilleur guide pour le diagnostic différentiel.

L. Cheinisse.

L. P. Clark (de New-York). ***Le traitement chirurgical de l'épilepsie organique; analyse clinique et pathologique de 30 cas.*** — Le présent travail est basé sur l'étude de 30 cas d'épilepsie consécutive à un traumatisme cranien (29 fois sur 30).

L'épilepsie essentielle n'est pas justiciable d'intervention opératoire. Mais, même pour ce qui est des convulsions épileptiformes purement jacksoniennes sans perte de connaissance, on ne doit entreprendre l'opération que dans les cas où le spasme est nettement localisé. De pareils cas, et surtout lorsqu'ils s'accompagnent de parésies post-épileptoïdes plus ou moins persistantes, appartiennent réellement au domaine de la chirurgie cérébrale.

Les cas où il existe à la fois des accès de grand mal et des convulsions jacksoniennes, avec ou sans perte de connaissance, sont opérables seulement après que l'on a soigneusement établi le diagnostic topographique et la signification clinique de la lésion cérébrale. Souvent, celle-ci est trop profondément située et trop étendue pour que l'intervention chirurgicale puisse y remédier.

Au point de vue technique, le plus grand soin doit être apporté dans le maniement non seulement du tissu cérébral, mais aussi des méninges. Un drainage approprié d'exsudats doit être aménagé dans chaque cas, afin d'éviter la formation de kystes et d'adhérences, susceptibles d'occasionner une irritation corticale.

S'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement, il faut que l'opération soit pratiquée avant que le mal ne soit devenu trop prononcé, car elle serait de peu d'utilité là où il existe déjà des stigmates mentaux. Même dans les cas les plus favorables, le pronostic quant aux résultats définitifs reste très réservé.

L. Cheinisse.

G. H. Copher (de Saint-Louis). ***Constatation d'un pneumopéritoine spontané à l'aide des rayons de Roentgen comme moyen facilitant le diagnostic de la perforation aiguë d'un ulcère peptique.*** — Il est des cas où la perforation aiguë d'un ulcère gastrique ou duodénal se traduit par des symptômes tellement atypiques que le diagnostic différentiel est très malaisé. Or, le diagnostic et l'opération doivent ici être précoces, car plus l'intervention se trouve retardée, moins on a de chances de sauver le patient.

La perforation peut simuler une affection de la vésicule ou des voies biliaires, mais c'est surtout avec l'appendicite qu'elle est confondue et, dans 49 cas opérés d'ulcère duodénal perforé, le tableau clinique était tel que Moynihan, dont on connaît la haute compétence en cette matière, a fait 18 fois la première incision abdominale au niveau de l'appendice.

D'autre part, quelques heures après la perforation, si le malade a surmonté le choc immédiat, les symptômes deviennent ceux d'une péritonite généralisée et il est alors difficile de déterminer le point d'origine de l'infection.

Cela étant, il est intéressant de retenir que la constatation d'un pneumopéritoine spontané par la radiographie ou par la radioscopie est susceptible de faciliter notablement le diagnostic. Aux cas de ce genre antérieurement publiés par W. Martin, par Kellogg, par Case, par Dahm, C. ajoute 4 observations personnelles.

Suivant la quantité de gaz libre présent dans la cavité abdominale, la démonstration du pneumopéritoine est plus ou moins facile. Une petite quantité de gaz peut naturellement passer inaperçue tant à l'écran qu'à la radiographie.

L'examen doit être pratiqué le patient étant dans une position à demi couchée ou assise.

L. Cheinisse.

N° 12, 22 Mars.

J. V. Klauder (de Philadelphie). ***Les aspects cliniques des réactions cutanées à la suite de l'emploi des arsénobenzols.*** — Ces réactions peuvent être classées en deux grands groupes : 1° les éruptions érythémo-squameuses à manifestations diverses; 2° les troubles vasomoteurs, dont le type le plus important et le plus fréquent est généralement connu sous le nom de *réaction nitritoïde*. Il existe, en outre, d'autres réactions n'appartenant à aucune de ces deux catégories et que l'on peut classer en un 3e groupe, encore qu'il n'y ait entre elles aucune relation de parenté : ce groupe comprend, en effet, des manifestations aussi dissemblables que la réaction de Herxheimer, le purpura, l'herpes zoster, la pigmentation, etc.

L'éruption érythémo-squameuse peut être discrète, à éléments épars, ou, au contraire, diffuse et généralisée. Elle débute généralement aux extrémités pour envahir ensuite le tronc, mais elle peut aussi porter d'emblée sur toute la surface cutanée. Elle peut présenter l'apparence morbilliforme ou scarlatiniforme.

Parfois, l'éruption reste limitée aux extrémités ou au tronc et disparaît en l'espace de quelques jours. Mais, le plus souvent, elle s'étend graduellement et aboutit à l'érythrodermie, voire à la dermatite exfoliante.

Plus l'éruption est aiguë et plus sont accentués les troubles généraux : céphalalgie, lassitude, fièvre, désordres gastro-intestinaux. En pareil cas, le prurit est particulièrement intense et il peut exister, outre l'éruption, de la conjonctivite et de l'œdème de la face et des extrémités.

L. Cheinisse.

V. Dabney (de Washington). ***La scarlatine est-elle simplement une anaphylaxie streptococcique?*** — Au cours de l'hiver 1922-1923, on a enregistré à Washington un nombre insolite de scarlatines, dont la plupart particulièrement virulentes et presque toujours accompagnées de complications sérieuses, telles qu'otite moyenne, mastoïdite ou néphrite aiguë. Pendant cette épidémie, D. a eu l'occasion d'observer 4 *nurses* qui, après avoir été exposées à la contagion dans des salles de scarlatineux, présentèrent une infection de l'apophyse mastoïde et de l'antre d'Highmore, en l'absence de tout signe classique de scarlatine. Or, dans ces 4 cas, les ensemencements permirent d'isoler un streptocoque hémolytique tout à fait identique à celui que l'on avait trouvé chez les scarlatineux avec lesquels ces *nurses* avaient été en contact.

D. serait enclin à en conclure qu'il s'agissait, en l'espèce, de manifestations atypiques de la scarlatine et que celle-ci, dans ses formes plus graves, est la résultante d'une sensibilisation à l'égard du streptocoque.

L. Cheinisse.

N° 13, 29 Mars.

E. G. Ballenger, O. F. Elder et W. F. Lake (d'Atlanta). ***La constatation de l'hypertrophie de la prostate au moyen de rayons de Röntgen après distension de la vessie par de l'air.*** — On sait que l'hypertrophie de la prostate est souvent partielle et développée uniquement dans la partie qui s'avance vers le bas-fond de la vessie. La rétention d'urine relève, le plus souvent, beaucoup plus de l'hypertrophie de cette partie venant faire saillie dans la vessie que de l'hypertrophie des lobes latéraux. C'est dire toute l'importance qu'il y a à être renseigné sur le degré de cette hypertrophie intravésicale de la prostate. Le toucher rectal est, à cet égard, de peu d'utilité. L'examen cystoscopique peut donner des renseignements précis, mais il n'est pas toujours facile à réaliser, étant donné l'âge et l'état de faiblesse des malades auxquels on a affaire en pareille occurrence. Or, B. et ses collaborateurs ont été à même de s'assurer que l'examen radiographique de la vessie après insufflation d'air, — déjà employé pour la mise en évidence de tumeurs vésicales, de diverticules, etc., — est susceptible de faire nettement voir l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate.

Afin de réduire au minimum la durée du malaise occasionné par l'injection d'air, tous les préparatifs doivent être faits avant que l'on ne procède à l'insufflation de la vessie. Pour éviter toute confusion avec des ombres dues à la présence de matières ou de gaz dans l'S iliaque et le rectum, on aura soin d'administrer un purgatif (huile de ricin, de préférence) 12 à 18 heures auparavant et de donner un lavement immédiatement avant l'examen.

Le procédé est à utiliser non pas dans tous les cas, mais là surtout où l'on a besoin d'une information complémentaire pour décider s'il y a lieu d'intervenir et par quelle voie, suspubienne ou périnéale. Il présente aussi l'avantage de permettre de montrer au patient la cause de ses troubles urinaires.

L. Cheinisse.

N° 14, 5 Avril.

R. W. Lamson (de Boston). ***Mort subite à la suite d'injection de substances étrangères.*** — L. s'est appliqué à dresser la liste des cas publiés de mort subite consécutive à l'injection de sérum antidiphtérique, antitétanique, antiméningococcique, etc. Leur analyse l'a amené à constater que tous ces cas étaient loin d'appartenir à la même catégorie. Si quelques-uns d'entre eux s'expliquent par l'anaphylaxie vraie, d'autres sont douteux à cet égard, et d'autres encore ne se laissent pas classer pour le moment.

L. a groupé l'ensemble de ces cas en 2 tableaux. L'un comprend 41 cas dans lesquels la mort subite semble due, directement ou indirectement, à la protéine injectée; l'autre porte sur 20 cas pour lesquels on manque de renseignements précis ou dans lesquels l'issue fatale paraît relever de la maladie initiale ou de quelque autre cause indépendante de la substance injectée.

Le traitement de l'asthme par le sérum antidiphtérique ou le sérum normal de cheval a donné 5 décès. Dans 3 de ces cas, l'autopsie montra l'existence d'une hypertrophie du thymus ou l'existence d'un « état lymphatique » (*status lymphaticus*).

Pour ce qui est de la voie d'introduction du sérum, elle n'est pas toujours précisée dans les observations. Toutefois, dans 3 cas au moins, il s'agissait d'une injection sous-cutanée, et il est probable que dans un certain nombre d'autres encore on a utilisé la même voie. Il se peut, sans doute, que, dans quelques-uns de ces cas, l'injection ait été pratiquée accidentellement dans une veine. Mais il est probable que, dans d'autres, l'injection a été réellement hypodermique, et alors on peut se demander comment la mort subite a pu survenir malgré la lenteur de l'absorption.

D'autre part, la quantité de liquide injectée a parfois été si minime qu'il est difficile d'admettre que la nature de la substance injectée ait pu jouer un rôle quelconque dans l'issue fatale. Il semble plutôt s'agir de particularités physiologiques individuelles.

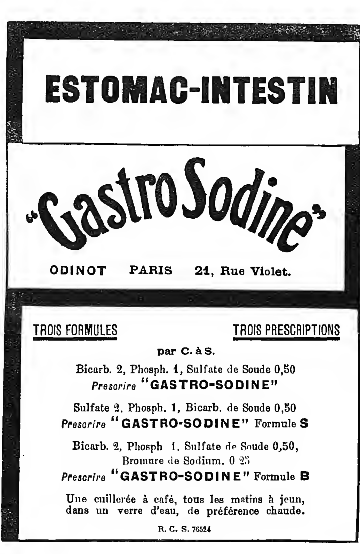
L. Cheinisse.

N° 15, 12 Avril.

G. H. Hyslop (de New-York). ***Diplopie spasmodique.*** — La diplopie transitoire relève de causes diverses. Elle peut survenir dans la sclérose en plaques, au cours du vertige de Ménière, dans les lésions compromettant le fonctionnement des muscles oculaires : méningite de la base, tumeurs ou lésions vasculaires de la protubérance, encéphalite épidémique, compression d'un ou plusieurs nerfs innervant les muscles de l'œil, etc. Dans les 7 cas qui font l'objet du présent mémoire, la diplopie transitoire ne pouvait s'expliquer par aucune de ces causes. Il s'agissait d'une manifestation de *vagotonie*, analogue, en quelque sorte, aux extrasystoles que l'on observe dans des états vagotoniques. Il existait, d'ailleurs, chez les malades en question, d'autres signes de vagotonie, tels que constipation spasmodique, spasme de l'œsophage, arythmie respiratoire, mictions fréquentes, etc.

Cette diplopie relevant d'un spasme bref de certains muscles innervés par les nerfs oculo-moteurs,


ANÉMIE
LYMPHATISME
"Calciline"
RECALCIFICATION
REMINÉRALISATION
COMPRIMÉS GRANULÉ
aux Sels Calcaires Fluorés.
ADRÉNALINÉE MÉTHYLARSINÉE
en granulé seulement.
Pos : 2 comprimés ou une mesure
dans un peu d'eau avant chaque repas.
Enfants 1/2 dose.
R. C. S. 76526
ODINOT 21, Rue Violet PARIS
CHLOROSE
TUBERCULOSE
Prescrire : Cal-ci-li-ne


ESTOMAC-INTESTIN
"Gastro Sodine"
ODINOT PARIS 21, Rue Violet.
TROIS FORMULES TROIS PRESCRIPTIONS
par C. à S.
Bicarb. 2, Phosph. 1, Sulfate de Soude 0,50
Prescrire "GASTRO-SODINE"
Sulfate 2, Phosph. 1, Bicarb. de Soude 0,50
Prescrire "GASTRO-SODINE" Formule S
Bicarb. 2, Phosph 1, Sulfate de Soude 0,50,
Bromure de Sodium, 0 25
Prescrire "GASTRO-SODINE" Formule B
Une cuillerée à café, tous les matins à jeun,
dans un verre d'eau, de préférence chaude.
R. C. S. 76524


PLASMA OXY-ORGANO
OMNIUM
NUTRITIONIS
MORBORUM
CYTOSAL
THERAPIA
OMNIPOTENS
POLYMINÉRALISÉ

H. propose de la désigner sous le nom de diplopie spasmodique.

L. Cheinisse.

J. L. Miller et Ph. Lewin (de Chicago). ***Caractère anaphylactique de l'hydarthrose intermittente.*** — Partant de ce fait qu'il n'est pas rare de voir l'hydarthrose intermittente associée à l'asthme, à la migraine ou à l'urticaire, M. et L. sont enclins à considérer cette affection comme de nature anaphylactique. Sa périodicité et sa disparition au cours de la grossesse semblent également plaider en faveur de cette manière de voir. M. et L. rapportent un cas personnel dans lequel les accès d'hydarthrose disparurent sous l'influence d'injections intraveineuses de vaccin antityphique (on avait d'abord essayé l'injection intraveineuse de peptone, mais celle-ci provoqua une urticaire accentuée).

Sans doute, on observe au cours de l'hydarthrose intermittente des rémissions plus ou moins prolongées, mais, en l'espèce, c'était la première amélioration que le patient enregistrait depuis le début de la maladie, c'est-à-dire depuis 16 ans. Tout porte donc à croire que c'était bien le résultat du traitement.

Ce résultat était-il dû à la désensibilisation non spécifique ou bien à l'effet de l'albumine étrangère ? La question reste ouverte. M. et L. penchent, toutefois, pour la première hypothèse.

L. Cheinisse.

A. Zingher (de New-York). ***Le sang complet, le plasma et le sérum de convalescent dans la prophylaxie de la rougeole.*** — Pour obtenir une immunisation passive complète, le sérum de convalescent doit être injecté pendant les 4 ou 5 premiers jours qui suivent la contamination. Toutefois, même après le 5e jour, on peut en injecter de petites doses, non pas pour éviter la rougeole, mais pour modifier et atténuer le caractère de la maladie.

Le plasma ou le sérum sanguin de sujets guéris, notamment de frères ou sœurs du malade, ou même d'adultes ayant eu la rougeole au cours de leur enfance, est susceptible de remplacer le sérum de convalescent, à condition d'être employé à des doses suffisamment élevées (elles doivent être 2 ou 3 fois plus fortes que pour le sérum de convalescent).

Pour le sérum de convalescent, la dose est de 2 cmc 5 s'il est utilisé pendant les 4 premiers jours après la contamination, de 5 cmc au 5e et 6e jour, de 7 cmc 5 au 7e et 8e jour. Si l'on veut simplement atténuer la maladie, la dose sera de 2 cmc 5 à 3 cmc, injectés du 5e au 10e jour après la contamination. Ces doses sont calculées pour un enfant de 3 ans et doivent être proportionnellement plus élevées pour les enfants plus âgés et pour les adultes.

Toutes les fois que l'on éprouve quelque difficulté à préparer le sérum de convalescent, on peut recourir à l'injection intramusculaire de sang total, citraté ou non, à dose 2 fois plus grande que celle du sérum.

L'immunisation passive complète trouve son champ d'application surtout lorsqu'il s'agit d'enfants très jeunes et malingres, de rachitiques, de tuberculeux, de sujets atteints de diphtérie ou de coqueluche. Elle peut aussi être indiquée pendant la saison froide, lorsqu'il y a lieu de craindre particulièrement les complications pulmonaires.

Par contre, dans la clientèle privée, toutes les fois que l'on a affaire à des enfants jouissant d'une bonne santé habituelle et qui viennent d'être exposés à la contamination, il est préférable de chercher simplement à modifier et à atténuer la maladie, car de la sorte on pourra obtenir une immunité permanente.

Sur 102 enfants exposés à la contagion et qui reçurent du sérum de convalescent, 92 restèrent complètement indemnes, 7 eurent une rougeole modifiée et 2 une rougeole typique (un seul d'entre eux reçut le sérum avant le 5e jour); enfin, 1 enfant resta indemne pendant 28 jours, mais contracta la rougeole après une seconde exposition.

Sur 58 autres enfants traités dans deux établissements, 23 eurent une rougeole atténuée et 4 une rougeole typique. Ces 4 enfants reçurent chacun 3 cmc d'un sérum prélevé au 35e jour. Il est probable qu'en injectant une dose plus élevée de ce sérum ou en employant un sérum de convalescent plus récent, on eût évité l'éclosion d'une rougeole typique. Sur les 37 enfants témoins n'ayant pas reçu de sérum, 7 présentèrent une rougeole typique et 3 seulement eurent une forme atténuée de la maladie.

L. Cheinisse.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

Tome LXVII, n° 3, Mars 1924.

D. Symmers. ***Signification clinique des lésions de la maladie de Hodgkin.*** — Dans ce second article, S. envisage d'abord les cas plus rares de maladie de Hodgkin qui ne se limitent plus au seul tissu lymphoïde, mais où les lésions se propagent aux organes voisins, infiltrant et détruisant les muscles, les vaisseaux, les viscères, les séreuses, érodant les os. S. rapporte 4 cas de ce genre. Dans l'un, la plèvre, la paroi thoracique, les muscles pectoraux étaient intéressés, il existait en même temps un empyème ; le tissu pathologique s'était substitué aux vertèbres sur une large étendue Chez une autre malade, le psoas, une partie des muscles thoraciques, une moitié du pancréas étaient remplacés par le lymphogranulome, sans qu'il en résultât de troubles cliniques spéciaux.

S. signale enfin une forme rare à *prédominance thymique*, qui se traduit par les symptômes des tumeurs du médiastin antérieur, dont il relate deux exemples.

Il ressort des observations rapportées que la notion classique de la prédominance de l'adénopathie cervicale dans la maladie de Hodgkin doit être abandonnée. Dans 4 cas sur 14, les ganglions cervicaux n'étaient pas hypertrophiés, et dans 3 cas ils ne l'étaient que modérément tandis que toujours les adénopathies thoraciques et surtout abdominales étaient beaucoup plus développées; d'autre part, l'atteinte des ganglions axillaires et inguinaux se montra consécutive à celle des ganglions thoraciques ou abdominaux, ce qui laisserait penser que l'agent pathogène pénètre non par la peau, mais par les muqueuses, et probablement par les muqueuses digestives seulement.

Il faut remarquer cependant que les follicules lymphatiques des muqueuses gastro-intestinale et respiratoire restent toujours intacts, comme d'ailleurs il est habituel dans la leucémie lymphoïde.

L'hypertrophie de la rate n'est pas constante dans la maladie de Hodgkin. Dans 5 cas de S. le poids de l'organe était voisin de la normale.

Le foie présentait des foyers lymphogranulomateux au microscope dans 10 cas, dans 1 cas une grosse masse développée dans le sillon transverse aux dépens de la paroi de la veine porte; enfin chez un autre malade, déjà signalé, la maladie prédominait au niveau du foie considérablement hypertrophié et dont les lésions, comparables à celles des ganglions, avaient pour point de départ les parois des vaisseaux portes.

La moelle osseuse était intéressée dans 7 cas. Elle peut présenter deux types de lésions, soit processus d'hyperplasie, atteignant surtout les myélocytes éosinophiles et les éosinophiles, soit substitution du lymphogranulome aux éléments normaux. S. estime que les réactions constatées dans les ganglions et la moelle permettent d'établir un certain parallélisme entre la maladie de Hodgkin et la leucémie myéloïde. Les deux affections semblent avoir des liens de parenté et représenter des réponses quantitatives différentes à un agent pathogène de même type.

Il est actuellement impossible de trancher la question de la nature néoplasique ou inflammatoire de la maladie de Hodgkin. Toutefois le fait que le complexe histologique caractéristique tend à conserver son individualité malgré les modifications du milieu environnant est en faveur de la nature inflammatoire de l'affection.

Du point de vue des symptômes, la maladie de Hodgkin est un exemple frappant de la faculté d'adaptation des organes à une compression progressive. L'hypertrophie des ganglions abdominaux et thoraciques peut atteindre des proportions énormes sans donner lieu à aucun symptôme ou n'occasionner au plus que des symptômes banaux, en disproportion avec l'étendue des modifications anatomiques.

En somme, la maladie de Hodgkin est une affection du système hémopoïétique. Son histogenèse est caractérisée par une hyperplasie préliminaire des cellules lymphoïdes des diverses parties du corps et par l'émission de cellules mononucléées et de cellules géantes multinucléées par la moelle osseuse, avec ou sans éosinophiles ou myélocytes éosinophiles, tous éléments qui sont arrêtés par les ganglions hypertrophiés continuant à jouer leur rôle de filtres; la réaction fibroblastique à ce niveau représente un processus mécanique ayant pour but de faire tolérer aux tissus l'excès de cellules dont ils sont surchargés.

P.-L. Marie.

THE MILITARY SURGEON (Washington)

Tome LIV, n° 4, Février 1924.

J. R. Darnall. ***Un cas de chlorome du sacrum.*** — C'est la localisation rencontrée pour la première fois sur le sacrum du « *cancer vert* » dont les observations globales collationnées en 1922 n'excédaient pas 90 cas.

D. nous rappelle que le chlorome se rattache à la fois aux sarcomes par son évolution et à la leucémie lymphoïde par sa structure ; on n'y note pas de généralisation sur tout le système lymphoïde, l'adénopathie restant limitée aux ganglions régionaux. Siégeant sur les os plats, le crâne, l'orbite, le sternum principalement, il donne des tumeurs lisses et aplaties de couleur verte à la section ; cette teinte caractéristique est parfois visible sous la peau qui le recouvre ; il donne des métastases viscérales et lymphatiques. Le début paraît se faire aux dépens de la moelle osseuse et, pour Mallory, le type cellulaire étant le myéloblaste et ses dérivés, il s'agit d'une forme de leucémie myélogène.

Ce cas se rapporte à un homme de 24 ans admis à l'hôpital pour leucémie myélogène. L'atteinte de l'état général qui déclinait depuis 4 ans précéda les signes locaux : faiblesse, épistaxis répétées, ecchymoses abdominales au moindre trauma, puis douleurs et hémorragies rectales. A son entrée, 2 mois avant sa mort, il présente des élancements rectaux très pénibles avec irradiations dans les membres inférieurs et les testicules ; le toucher montre un boursouflement léger de la face antérieure du sacrum. Bientôt apparaissent une incontinence des urines et des matières, du priapisme, une anesthésie périnéales L'anémie et la cachexie font des progrès rapides. A la phase terminale on constate des signes de métastases pulmonaires et rénales et une volumineuse adénopathie iliaque gauche. Mort avec phénomènes fébriles et délire.

L'examen du sang montre une anémie globulaire tombant en 2 mois de 2.500.000 à 850.000 globules rouges, une diminution formidable du taux de l'hémoglobine passant de 60 à 15 pour 100 dans le même temps et la présence de 98 à 79.000 grobules blancs dont de nombreux myélocytes indifférenciés de Mallory. C'est grâce à lui que le diagnostic de chlorome put être porté durant la vie.

A l'autopsie, les 2 reins sont augmentés de volume et envahis par la tumeur verte, variant du vert pâle au vert très foncé et apparaissant par places sous la capsule. La tumeur sacrée montre l'envahissement et la destruction du tissu spongieux par de grands leucocytes mononucléaires à protoplasme granuleux prenant fortement l'éosine ; les cellules néoplasiques présentent une grande activité ostéoclastique. Mêmes cellules au niveau des reins. Diagnostic histologique : chlorome du sacrum et des 2 reins à type myélogène.

J. Braine.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIV, n° 14, 5 Avril 1924.

Jean-Charles Roux. ***Le régime chez les dyspeptiques inanitiés.*** — R. envisage la nombreuse catégorie de gastropathes souffrant en général d'une affection bénigne et qui pourtant réduisent peu à peu leur alimentation et en arrivent à un état d'inanition inquiétant. Dès que ces malades ont commencé à réduire leur ration alimentaire, ils éprouvent une disparition rapide et complète de l'appétit, si bien que leur état ne cesse de s'aggraver, souvent aggravé encore par des médications diverses.

Chez les névropathes, c'est la peur des malaises consécutifs aux repas qui est la cause la plus banale de la restriction alimentaire. L'appétit disparaît. Bientôt la langue devient saburrale, avec salive rare, d'où disparition de la perception de la saveur des aliments. L'estomac amaigri, atone, se dilate et s'abaisse, et l'on observe des ptoses. La constipation est habituelle. Le foie est petit (Mathieu), les urines pauvres en urée, en chlorures. Chez les jeunes filles, souvent les règles disparaissent.

Le seul traitement consiste à établir une ration alimentaire suffisante. Mais pour cela, il faut faire œuvre à la fois de cuisinier, de médecin et de psychologue.

Très souvent ces sujets ont réduit leur ration à 1.000 à 1.200 calories; il faut ramener cette ration à 2.500 à 3.000 calories. Ceci est parfois assez simple, à l'aide de régimes uniformes facilités par la disparition du goût et de l'appétit : régime lacté absolu (3 litres), ou, si on préfère réduire la quantité de liquide, bouillies épaisses, beurre, fécules, pâtes, biscottes, etc. Ne pas oublier que l'organisme n'utilise pour son engraissement que 60 pour 100 de l'albumine ingérée, alors qu'il utilise 90 pour 100 des hydrates de carbone et 100 pour 100 des graisses. Il est souvent utile de répartir la ration en 4 repas par jour, et il importe de s'assurer que l'estomac est bien évacué le matin à jeun. La constipation sera combattue par des suppositoires ou des lavements d'huile d'olive. Les phénomènes douloureux céderont à des compresses chaudes ou à la médication alcaline.

Mais il faut aussi se préoccuper du moral du malade. Les neurasthéniques et les inquiets seront raisonnés, rassurés, convaincus. Dans l'anorexie hystérique, la persuasion est insuffisante : il faut l'autorité, d'où la nécessité de séparer le malade de sa famille et de l'isoler strictement dans une maison de traitement, où la ration voulue lui sera imposée sous menace de gavage. Parmi les inanitiés atteints de troubles mentaux, les mélancoliques anxieux doivent parfois être internés et alimentés à la sonde; les hypocondriaques, véritables aliénés, ont parfois une phobie permanente de l'intoxication digestive à laquelle il est souvent difficile de substituer la crainte de l'alimentation insuffisante et de l'amaigrissement; les déments précoces atteints de négativisme refusent souvent l'alimentation, ici le pronostic est sombre. L. Rivet.

Prof. Paul Carnot. ***La clino-digestion vespérale dans le régime des ptoses.*** — Le ptosique est généralement un sous-alimenté, mangeant peu pour éviter des digestions pénibles; les troubles qu'il éprouve sont atténués par la position allongée, par le clinostatisme aux périodes digestives; ils sont atténués également par la réduction alimentaire. D'autre part, l'inanitié devient un atone et un ptosique. Il y a là un véritable cercle vicieux qu'il faut rompre.

La réalimentation progressive rééduque la motricité et la tonicité gastriques. Cette réalimentation doit se faire en clino-statisme, pour éviter l'élongation gastrique et ses conséquences douloureuses. La radioscopie montre d'ailleurs bien que, dans la position couchée, les contractions de ces estomacs atones se font mieux et que la vidange de l'estomac est plus facile que dans la position debout.

Pratiquement, en cas de grandes ptoses avec dénutrition intense, avec troubles de déséquilibre abdominal, avec retentissement nerveux, le clinostatisme devra être complet pendant assez longtemps, et le malade maintenu presque totalement au lit pendant un temps subordonné à la reprise de poids.

En cas de ptoses moyennes avec dénutrition moyenne, il suffira d'assurer la clino-digestion vespérale et nocturne. Le sujet conserve le jour une activité plus ou moins grande, avec alimentation réduite. Le soir et la nuit, il est couché, au lit, avec une alimentation renforcée. Le jour donc, trois petits repas de digestion facile, ne comprenant que des aliments légers, en faible quantité, liquides ou mous et de passage pylorique rapide, mais stimulants sous un petit volume (viande crue, œufs, sucre, pâtes, café, etc). Par contre, le repas du soir comprendra une alimentation volumineuse et nourrissante, mais qui ne sera ni excitante, ni agrypnique (soupes épaisses, avec beurre ou crème, purées, pâtes, légumes verts, entremets, fruits), et le sujet se couchera aussitôt après pour digérer en clinostatisme.

Ce régime peut comporter des variantes. Il permet de réalimenter rapidement le ptosique inanitié et de tonifier sa paroi gastrique, tout en évitant les malaises post-prandiaux causés par l'étirement de l'estomac atone. L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Tome VL, n° 15, 13 Avril 1924.

Prof. E. Cassaët, H. Bonnin et Guénard. ***Sur quelques particularités de la bronchite sanglante de Castellani.*** — C., B. et G. relatent l'histoire d'une femme de 41 ans, qui est atteinte de la forme classique de la bronchite sanglante de Castellani, se bornant en somme à des crachats sanglants bourrés de spirochètes, plus abondants par périodes, sans modification de l'état général, avec des signes physiques à peu près nuls.

Les crachats ont un aspect liquide fluide, transparent et rouge groseille à l'émission, ce qui s'explique par le fait qu'il ne s'agit pas tant d'une hémoptysie que d'une hémoglobinoptysie ; on est, en effet, frappé de la rareté des hématies par rapport à la teinte rouge du contenu du crachoir, et ces rares hématies sont en voie de globulolyse rapide. Cette action lytique s'exerce d'ailleurs également sur les autres éléments cellulaires de l'expectoration, qui sont extrêmement rares. Il semble que, *in vitro*, l'expectoration de la bronchite sanglante a un pouvoir coagulant que n'ont pas les autres expectorations, mais qu'au moins à un même degré elle n'a ni sur les globules d'un autre individu, ni sur les globules du sujet, ce pouvoir hémolytique qui dans les mêmes temps détruit les hématies expectorées. Les spirochètes subissent eux-mêmes une lyse rapide dans l'expectoration.

Les bacilles fusiformes sont en général, comme dans le cas rapporté, beaucoup moins abondants que les spirochètes dans l'expectoration, mais leur rapport est variable selon les phases de la maladie ; ils semblent augmenter pendant les poussées accompagnées d'expectoration muco-purulente grise.

La réserve la plus sérieuse à faire à l'identification des spirochètes de Vincent et des spirochètes de Castellani réside dans la comparaison des graves dégâts causés par l'association fuso-spirillaire au niveau des amygdales ou dans les inoculations aux animaux, alors que la pullulation de ces germes au niveau des bronches ne donne que des accidents superficiels et bénins. Il est permis de se demander si une dissociation n'est pas permise dans l'action des deux composants : spirochètes et bacilles fusiformes, et si l'action nécrobiotique n'est pas surtout le fait du bacille fusiforme, rare dans la bronchite sanglante, en dehors des phases de suppuration.

On sait que la plupart des thérapeutiques échouent dans la bronchite sanglante de Castellani. C., B. et G. ont prescrit un traitement novarsénobenzolique, puis bismuthique, et ils ont l'intention de tenter un traitement local, sous forme d'injections trachéo-bronchiques d'huile arsénobenzolée et d huile au bleu de méthylène, avec des inhalations alcalines de vapeurs ammoniacales, dirigées contre les spirochètes. L. Rivet.

N° 16, 20 Avril.

Prof. J. Sabrazès, R. de Grailly et G. Imbert. ***L'orchi-épididymite méningococcique, d'après 12 observations. Absence possible d'azoospermie malgré la bilatéralité des lésions.*** — Sur 430 cas de méningite cérébro-spinale observés en 10 ans dans le service de M. Sabrazès, 12 se compliquèrent d'orchi-épididymite, soit 2,73 pour 100 des cas. Cette complication est survenue chez des sujets d'âge moyen de 28 ans. Dans les trois quarts des cas, elle est unilatérale. Sur les 12 cas, S., G. et I. ont trouvé 8 fois l'orchi-épididymite, 3 fois l'orchite et 1 fois l'épididymite : les lésions sont donc mixtes le plus souvent. Sauf de rarissimes exceptions, ces lésions ne s'abcèdent pas : elles rétrocèdent et ne laissent généralement après elles ni induration, ni atrophie. S., G. et I. relatent en détail l'observation d'un homme qui fut atteint d'une orchi-épididymite méningococcique double ; suivi pendant 6 ans, cet homme n'a nullement perdu sa virilité et n'est pas atteint d'azoospermie.

Le traitement consiste en applications chaudes, onguent napolitain belladoné, sérothérapie antiméningococcique intramusculaire et sous-cutanée associée à la sérothérapie rachidienne, au besoin vaccinothérapie. L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE NAVALES (*Paris*)

Tome CXIV, n° 2, Mars-Avril 1924.

H.-A.-M. Loro. ***L'urticaire de l'Iroko.*** — En Septembre et Octobre 1923, L. a observé 15 de ces cas qui atteignirent tout le personnel ouvrier employé à la Scierie des Forges et Chantiers de la Méditerranée, où ils étaient occupés à débiter du bois d'Iroko, sorte de chêne de l'Afrique équatoriale, à bois très dur et solide. Sur les 15 cas, 2 furent graves, les autres bénins.

Dans les cas graves, la température oscille entre 38° et 39°. On note de l'œdème mou des paupières et du front, avec prurit violent au niveau des cils et des sourcils, légère blépharite et conjonctivite, prurit impératif sur les parties pileuses du corps, œdème considérable avec prurit des organes génitaux externes ; la chaleur du lit, comme dans la gale, augmente le prurit; des lésions de grattage peuvent se surajouter. On peut observer une toux fréquente, coqueluchoïde, avec éternuements, mais sans signes de bronchite. Aucune lésion au niveau des mains.

Dans les cas bénins, tout se borne à un œdème prurigineux des régions sourcilières, du prépuce et du scrotum.

Le plus souvent, l'ouvrier n'interrompt pas son travail. Cependant, dans 2 cas, les malades ont eu 20 jours d'incapacité de travail, dont 10 jours de lit.

L. incrimina d'abord les produits résineux et empyreumatiques qui entrent dans la composition de l'essence de ce bois. Puis, il remarqua, surtout sur l'écorce et dans les fissures, une poussière grisâtre qui se poursuivait comme une mousse sous les écailles et pénétrait dans l'écorce. Il fit analyser cette poussière par les chimistes Ciavatti et Manent. Ceux-ci virent qu'elle était la cause du mal : eux-mêmes et leur aide, en l'analysant, en subirent en effet l'action urticante. Cette poussière est composée des spores et du mycélium d'un champignon ou d'une moisissure qui a dû se fixer sur l'écorce de l'arbre durant son parcours et son transport à la côte, par voie fluviale, pour y être embarqué.

Le traitement est celui des prurits généralisés et localisés. Au point de vue prophylactique, il convient d'essayer de débarrasser l'écorce de l'Iroko de ses champignons et moisissures à l'aide de la chaleur ou d'antiseptiques, de protéger les organes génitaux des ouvriers contre les poussières et d'enduire leur face et le front à l'aide d'un corps gras ; on y joindra, si possible, des douches et bains fréquents, et l'emploi d'aspirateurs de poussières dans les ateliers Depuis l'institution de ces mesures, les ouvriers peuvent sans danger débiter l'excellent bois de cet arbre qu'ils avaient dénommé « l'arbre de la gale ». L. Rivet.

LA PEDIATRIA

(Naples)

Tome XXXII, fasc. 8, 13 Avril 1924.

G. Arena (de Catane). ***Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans l'hérédo-syphilis précoce.*** — Le liquide céphalo-rachidien a été prélevé sur 31 enfants hérédo-syphilitiques dont 29 âgés de moins de 2 ans :

La *pression* fut trouvée assez notablement augmentée dans 30 cas sur 31 et dans 1/3 des cas l'écoulement se produisit en jet.

La *quantité* fut toujours supérieure à la normale, en sorte qu'on peut admettre que l'hérédo-syphilis donne lieu à une hydrocéphalie latente qui ne se développe que dans un petit nombre de cas.

Dans les 2/3 des cas l'examen cytologique révéla une *hyperleucocytose* avec augmentation des mononucléaires moyens et présence de plasmazellen dans les formes sévères. Dans 1/3 des cas on nota une augmentation de l'albumine

La *réaction de Nonne et Appelt* fut fortement positive dans 2 cas seulement. La *réaction de Boveri* fut positive, par contre, 24 fois sur 31 et, dans ces cas, d'une façon intense. La *réaction de Wassermann* fut positive dans 7 cas, douteuse dans 3 et négative dans les autres. Sur 4 enfants atteints de formes sévères, 3 présentèrent une réaction de Wassermann positive.

A. conclut de cette étude que les résultats fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien, sans avoir une valeur absolue, peuvent apporter un appoint important au diagnostic de la syphilis héréditaire.

G. Schreiber.

LA CLINICA PEDIATRICA

(Modène)

Tome VI, n° 3, Mars 1924.

Sandro Tronconi. ***Le calcium dans le liquide céphalo-rachidien des nourrissons rachitiques et spasmophiles.*** — Le liquide céphalo-rachidien contient normalement du calcium en quantité dosable, combiné à des substances organiques et à l'état libre. Chez les nourrissons bien portants, le calcium en combinaison organique est plus abondant que le calcium libre.

Chez les enfants rachitiques et spasmophiles, on note une diminution globale du calcium ; en outre, à l'inverse de ce qu'on observe normalement, le calcium libre est plus abondant que le calcium organique. Il en est ainsi pendant toute la durée de la maladie; mais lorsqu'on obtient la guérison par les procédés thérapeutiques usuels, on note de nouveau une augmentation du calcium organique par rapport au calcium libre.

Pour expliquer les modifications constatées dans le rachitisme et la spasmophilie, T. incrimine des troubles de la sécrétion endocrinienne par suite d'une dystrophie héréditaire, troubles de la sécrétion se manifestant dans un milieu humoral acide à l'excès.

G. Schreiber.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Tome L, n° 15, 11 Avril 1924.

M. Stæmmler. ***Lésions du sympathique dans les névroses vasomotrices.*** — Dans un cas de maladie de Raynaud, S. a trouvé des lésions au niveau des ganglions sympathiques cervicaux consistant en une dégénérescence des cellules ganglionnaires aboutissant à leur nécrose et en une réaction proliférative et exsudative au niveau du tissu interstitiel (infiltration leucocytaire périvasculaire, parfois au voisinage des cellules ganglionnaires nécrosées, prolifération des cellules de la capsule du ganglion sous forme de nodules).

Ces altérations ressemblent à celles qu'on trouve dans les infections aiguës, qui reconnaissent, semble-t-il, une origine toxique et occasionnent les troubles vasomoteurs, principalement paralytiques, qu'on rencontre alors. Mais, dans la maladie de Raynaud, il s'agit surtout de phénomènes d'excitation vasomotrice. Ceux-ci s'expliqueraient à la lumière des expériences de Lewandowsky qui montrent qu'après extirpation des ganglions sympathiques, il se produit un état d'hyperexcitabilité dans les territoires vasomoteurs périphériques, état que cet auteur fait intervenir dans la genèse des crises vasculaires qui sont à la base des névroses vasomotrices. On sait, d'autre part, que la maladie de Raynaud survient, assez souvent, à la suite d'infections aiguës. D'autres intoxications, celles d'origine endocrine, par exemple, pourraient jouer le même rôle que les infections aiguës. Les lésions des petites artères périphériques seraient secondaires et dues au surmenage des parois vasculaires causé par l'état de surexcitation vasomotrice.

Dans 2 cas sur 3 d'angine de poitrine, S. a retrouvé des altérations analogues qui lui paraissent intervenir dans la pathogénie de l'angine de poitrine névrosique et qui pourraient même aboutir à la production de lésions des artères coronaires. Ainsi s'expliqueraient les formes de passage entre cette variété d'angor et l'angine de poitrine vraie; on sait l'amélioration que procure la sympathectomie cervicale. Par ailleurs, la coïncidence de l'angor et de la maladie de Raynaud, qui a été signalée, vient à l'appui de la pathogénie qu'invoque S.

Celui-ci a constaté dans un cas d'hémiatrophie faciale survenue à la suite d'une grossesse des lésions inflammatoires accusées du ganglion cervical inférieur. De même dans un cas de maladie de Quincke. Par contre, les ganglions sympathiques furent trouvés normaux dans un cas d'hypertonie pure, dans 3 cas de parkinsonisme post-encéphalitique et dans 1 cas de sclérodermie.

P.-L. Marie.

A. Beutler. ***Crises hémolytiques simultanées dans une même famille comme premier symptôme d'un ictère hémolytique familial.*** — On a déjà signalé l'apparition simultanée des symptômes d'un ictère hémolytique chez 2 membres d'une même famille (Schlecht, Gotzky, Meulengracht), l'étiologie syphilitique ayant été particulièrement invoquée en pareil cas. L'observation rapportée par B. tire son intérêt de ce que la maladie frappa 3 personnes de la même famille, d'abord une fillette de 7 ans, puis, 8 jours après, sa mère âgée de 44 ans, et sa sœur, âgée de 14 ans. Le début offrit certaines particularités qui égarèrent d'abord le diagnostic chez la première patiente. Ces malades présentèrent pendant les premiers jours une fièvre élevée accompagnée de vomissements et de douleurs abdominales; il existait en même temps une pâleur intense, mais une jaunisse légère, une splénomégalie marquée; les hématies basophiles étaient nombreuses ainsi que les globules rouges nucléés. On aurait pu penser à quelque intoxication alimentaire par un poison hémolytique, mais le père était resté indemne. On apprit que la mère avait déjà présenté des accès de douleurs abdominales avec un peu d'ictère qui avaient été étiquetées coliques hépatiques et que chez une de ses sœurs il existait une grosse rate et des douleurs intermittentes dans le côté gauche. L'épreuve de la résistance globulaire montra alors une forte diminution de celle-ci (début de l'hémolyse à 0,68) chez les malades. La mère et sa plus jeune fille se rétablirent rapidement, mais la fille aînée mourut après une injection intraveineuse d'eau physiologique, probablement par suite d'une exagération brutale de l'hémolyse indiquée par les frissons et la fièvre élevée consécutifs à l'injection. L'autopsie confirma le diagnostic d'ictère hémolytique.

B. pense que c'est une infection grippale qui a déclenché l'accès hémolytique chez ces 3 malades. Chauffard à déjà souligné la menace que constituent les infections intercurrentes pour les sujets atteints d'ictère hémolytique. Ici, la grippe révéla la maladie congénitale jusque-là latente. La syphilis semble pouvoir être mise hors de cause.

P.-L. Marie.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Tome III, n° 16, 15 Avril 1924.

Prof. E. P. Pick (de Vienne). ***Sur le « primum moriens » et l' « ultimum moriens » dans le cœur.*** — Les recherches sur l'*ultimum moriens* du cœur ont joué un rôle important dans les progrès de nos connaissances sur la physiologie et la pathologie du cœur. Ces recherches ont montré que la possibilité de réviviscence disparaît d'abord dans le ventricule gauche, puis dans le ventricule droit du cœur, alors qu'elle se maintient le plus longtemps dans les parois des veines caves, au niveau de leur embouchure, notamment au point où se trouve le nœud sinusal de Keith et Flack. C'est de ce nœud sinusal que part aussi la restitution de l'activité cardiaque, les pulsations commençant à se manifester d'abord dans cette région, puis dans l'oreillette droite et dans l'oreillette gauche, ensuite dans le ventricule droit et, finalement, dans le ventricule gauche. La région du nœud sinusal est donc bien l'*ultimum moriens* du cœur.

Les deux branches du faisceau auriculo-ventriculaire de His se résolvent en un réseau de fibres dites de Purkinje, dont une partie chemine sous l'endocarde pour se distribuer aux muscles papillaires. D'après les recherches de Tawara, ces fibres seraient les ramifications terminales du système présidant à la conductibilité et aussi à l'excitabilité du myocarde. Mais, jusqu'à présent, on n'était guère fixé sur la façon dont s'effectuait la conductibilité dans ces fibres de Purkinje. Or, en collaboration avec Ishihara, P. a pu, en opérant sur des fibres de Purkinje survivantes et isolées, s'assurer que les substances les plus diverses agissent sur ces fibres exactement comme sur le ventricule entier.

Les fibres de Purkinje sont riches en *glycogène* (Aschoff, Mönckeberg) et, comme l'ont montré les recherches récentes de Katsunuma, elles sont aussi beaucoup plus riches en *oxydases* que le reste de la musculature cardiaque. Ces propriétés indiquent que les fibres en question disposent de sources d'énergie beaucoup plus considérables que d'autres éléments musculaires analogues.

P. arrive à cette conclusion que le système de conductibilité constitue l'*ultimum moriens*, tandis que le *primum moriens* est constitué par l'appareil de réception du myocarde qui lui permet de réagir à l'excitation.

L. Cheinisse.

G. Ahlgren (de Lund, Suède). ***Action de l'insuline, de l'adrénaline, de la thyroxine et de la pituitrine, ainsi que de certains médicaments, sur la respiration tissulaire.*** — Dans un travail antérieur, A. a mis en évidence l'action calorigène de l'insuline. Dans une nouvelle série de recherches, il a pu confirmer les premiers résultats obtenus.

L'adrénaline, la thyroxine, la pituitrine exercent également une action calorigène très marquée. Mais, si l'on fait agir en même temps l'insuline et l'adrénaline, leurs effets s'annihilent réciproquement, tout au moins lorsqu'on emploie ces substances à certains degrés de concentration (à d'autres concentrations, on obtient une annihilation incomplète ou la prédominance tantôt de l'action de l'insuline, tantôt de l'action de l'adrénaline).

Un antagonisme analogue existe entre la pituitrine et l'adrénaline. Mais par l'emploi simultané de l'insuline et de la pituitrine on obtient une action renforcée.

Divers alcaloïdes, tels que l'atropine, la pilocarpine, la cocaïne, la morphine, la strychnine, etc., exercent, en solutions faibles, une action fortement favorisante sur la respiration tissulaire.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que, dans l'antagonisme de ces diverses hormones et produits pharmaceutiques, on constate un parallélisme entre l'action sur la respiration tissulaire, d'une part, et l'action sur le taux du sucre sanguin, d'autre part. Le métabolisme des hydrates de carbone dans les tissus se reflète donc dans les variations du taux du sucre sanguin.

L. Cheinisse.

H. Simon (de Berlin). ***Sur le diagnostic des affections du pancréas au moyen de la constatation d'une lipase atoxyl-résistante dans le sérum sanguin.*** — Rona et Pavlovic ont montré que la lipase pancréatique, qui se laisse détruire par la quinine, résiste, au contraire, à l'atoxyl. Au cours des affections du pancréas, cette lipase peut pénétrer dans le torrent circulatoire, où sa résistance à l'atoxyl permet de la différencier d'avec la lipase normale du sérum sanguin, qui, elle, est sensible à ce poison.

A en juger d'après les recherches que S. a instituées dans le service du professeur Goldscheider, le sérum des sujets normaux et des malades sans affection du pancréas ne contiendrait aucune lipase atoxyl-résistante. Celle-ci ne se laisserait déceler dans le sérum que chez des sujets atteints de troubles pan-

(1) **Page supplémentaire d'analyses, n° 11** *(Commission de Bibliographie du Comité national des Recherches).*

créatiques et, parfois aussi, au cours de maladies accompagnées d'altérations graves du sang. C'est ainsi que la présence de cette lipase fut constatée dans un cas d'anémie pernicieuse, où l'autopsie révéla des lésions du pancréas. Il se peut donc que le syndrome d'anémie pernicieuse soit quelquefois lié non seulement à l'achylie, mais aussi à des altérations pancréatiques.

L. Cheinisse.

N° 17, 22 Avril.

W. H. Jansen (de Munich). ***Métabolisme du calcium, teneur du sang en calcium et action du calcium.*** — Il résulte des recherches entreprises par J. que l'élimination de calcium par les urines augmente, dans une mesure limitée, avec l'importance de l'apport en calcium et n'est pas complètement indépendante de la nourriture, comme on l'a prétendu récemment (Stakrenstein). L'étendue de cette élimination varie dans les limites étroites de 0 gr. 10 à 0 gr. 29 de chaux. Elle dépend, d'ailleurs, directement de la nature des composés calcaires absorbés : alors qu'avec un apport de phosphate de chaux le calcium urinaire n'augmente que peu (de 0 gr. 15 de chaux), l'apport de carbonate de calcium fournit une augmentation double (environ 0 gr. 29 de chaux).

La teneur du sang en calcium chez l'adulte augmente de 1 gr. à 1 gr. 50 après administration de sels solubles de chaux, cette augmentation étant proportionnelle à la quantité absorbée de calcium qui est ensuite éliminée sous forme de calcium urinaire. C'est dire qu'elle est de nature passagère et que le taux du calcium sanguin ne saurait donner la mesure du bilan de calcium dans l'organisme.

Il est impossible d'obtenir, chez un adulte bien portant, une augmentation durable de la teneur du sang en calcium par des injections de sels de chaux. Mais, en cas de teneur très inférieure à la normale, l'emploi de sels de chaux par voie buccale, sous-cutanée ou intraveineuse peut élever le taux du calcium sanguin jusqu'au chiffre normal et l'y maintenir pendant un laps de temps assez long.

L. Cheinisse.

Prof. C. von Noorden et Prof. S. Isaac (de Francfort-sur-le-Mein). ***Nouvelles observations sur le traitement du diabète par l'insuline.*** — Le premier travail de von N. et I. sur ce sujet a été analysé dans *La Presse Médicale* du 22 Décembre 1923 (analyses, page 159). Dans le présent mémoire, nous noterons tout d'abord ce qui a trait au syndrome hypoglycémique. Von N. et I. se demandent si les troubles que l'on désigne ainsi relèvent réellement de l'hypoglycémie. Maintes fois, ils les ont vus survenir alors que le taux du sucre sanguin n'avait subi, sous l'influence de l'insuline, qu'un abaissement peu accentué (de 2,5 à 1,5, par exemple) ou même insignifiant. Il se peut qu'il s'agisse ici, en réalité, de deux syndromes différents : 1° un syndrome nerveux, plus fréquent, d'origine toxique et basé essentiellement sur une lésion du système parasympathique; 2° un syndrome plus rare et plus tardif, vraiment hypoglycémique. Le fait que le premier de ces syndromes se laisse favorablement influencer par l'apport de sucre n'est pas sans analogie avec les bons effets des petites injections glycosées intraveineuses en cas d'affaiblissement cardiaque (Th. Büdingen), en l'absence de toute hypoglycémie.

En ce qui concerne la posologie de l'insuline, von N. et I. recommandent de chercher toujours à s'en tenir aux doses aussi petites que possible. Plus la dose unique est élevée, plus forte est la tendance au retour de l'hyperglycémie et de la glycosurie après l'épuisement de l'action immédiate de l'injection, ce qui amène à forcer constamment les doses (*insulinisme*, par analogie avec le morphinisme).

Contrairement à ce que l'on observe pour bien d'autres médicaments, le besoin en insuline chez les enfants, tant en valeur absolue que par rapport à la nourriture, n'est pas moindre que chez l'adulte, ce qui tient vraisemblablement au métabolisme relativement plus actif de l'enfant.

Les œdèmes dus au traitement par l'insuline peuvent être évités par un régime suffisamment pauvre en chlorure de sodium, entrecoupé, de temps à autre, d'un jour « achloruré ».

On a prétendu que l'insuline était mal supportée en cas d'hypertension artérielle (avec ou sans néphrite). Les observations de von N. et I. plaident dans le sens contraire : souvent, avec la diminution de la glycosurie et la disparition de l'hyperglycémie, on voit aussi diminuer l'hypertension et les troubles qui en dépendent.

Le régime alimentaire doit être surveillé au cours du traitement par l'insuline plus rigoureusement encore que dans les cures diététiques sans insuline.

Dans les formes légères et surtout dans le diabète au début, le traitement diététique seul semble préférable à sa combinaison avec l'insuline.

L. Cheinisse.

N° 18, 29 Avril.

Prof. P. Trendelenburg (de Fribourg-en-Brisgau). ***La sécrétion du lobe postérieur de l'hypophyse dans le liquide céphalo-rachidien.*** — Par une série d'expériences qui ont consisté à faire agir le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction du 4e ventricule sur l'utérus isolé de cobayes et de rats, T. a réussi à mettre en évidence dans ce liquide la substance pharmacologiquement active du lobe postérieur de l'hypophyse.

Après ablation de l'hypophyse ou après section du pédoncule, on ne parvient plus à déceler dans le liquide céphalo-rachidien la présence de cette substance excitante de l'utérus.

L. Cheinisse.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE

(Leipzig)

Tome LI, n° 16, 19 Avril 1924.

Fr. Lœffler (Halle). ***Ténotomie des extenseurs longs du dos du côté de la gibbosité costale dans les scolioses.*** — L. pense que la rétraction des extenseurs du dos, long dorsal et iléo-costal, contribue à fixer l'attitude vicieuse des scoliotiques et que la section du tendon de ces muscles rendra plus efficace et plus rapide le traitement orthopédique de ces déviations vertébrales.

Aussi propose-t-il l'opération suivante qu'il a pratiquée, avec des résultats satisfaisants, sur plus de 200 sujets scoliotiques, âgés de 2 à 25 ans. Le malade étant couché sur le ventre, avec un coussin qui fait saillir la colonne lombaire et écarte la crête iliaque de la 12e côte, sous anesthésie locale, on fait, immédiatement au-dessus de la crête iliaque, une incision transversale partant des apophyses épineuses; on incise de même le feuillet superficiel de l'aponévrose lombo-dorsale, et l'on aperçoit alors le tendon brillant des muscles extenseurs du tronc; on le charge sur un instrument et on le sectionne sur une largeur de 3 ou 4 cm., en ménageant les fibres musculaires sous-jacentes; les deux bouts du tendon s'écartent aussitôt.

Après suture de la plaie cutanée, le malade est immédiatement suspendu en extension; par des pressions sur les gibbosités antérieure et postérieure, on corrige autant que possible la déformation, et l'on applique un corset plâtré. Après 2 ou 3 jours, on fait à ce corset une fenêtre du côté de la concavité et l'on commence la gymnastique respiratoire. Le plâtre est renouvelé au bout de 5 semaines; puis, après le même laps de temps, on fait porter un corset de maintien.

Ch. Lenormant.

H. Küttner (Breslau). ***Le prurit, symptôme prémonitoire des tumeurs malignes.*** — A propos de deux cas de cancer de l'estomac dans lesquels l'apparition des premiers troubles gastriques avait été précédée d'un prurit généralisé très violent et d'intensité progressive, K. a recherché si pareil symptôme avait été observé par d'autres auteurs. Il l'a trouvé signalé par Wickham, Besnier et Doyon, Jadassohn et Sack. C'est surtout dans les cancers de l'abdomen — estomac et foie — que ce phénomène a été rencontré; Besnier et Doyon l'ont vu également dans des cancers de la langue et de la joue.

Le cancer a eu une marche particulièrement rapide chez les deux malades de K. La tumeur était inopérable lorsqu'ils sont venus au chirurgien et, par conséquent, il n'a pas été possible de savoir si l'ablation de cette tumeur aurait entraîné la disparition du prurit. Mais il existe un cas de Blaschko, concernant, il est vrai, un lymphosarcome, où le prurit très accentué disparut après l'ablation de la tumeur, pour reparaître lorsque celle-ci récidiva. Il semble donc bien qu'il y ait une relation directe entre les deux phénomènes.

Ch. Lenormant.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(New-York)

Tome CLXVII, n° 4, Avril 1924.

A. Mc Farland. ***Effet du traitement antisyphilitique sur le rein.*** — Les recherches de M. ont d'abord porté sur 128 malades ne présentant aucun signe clinique d'altération rénale avant le traitement et soumis à des cures arsenicales ou mercurielles, le plus souvent combinées, 271 au total. Cliniquement la réaction du rein à ce traitement se traduit par la présence dans l'urine de cylindres hyalins ou granuleux, de leucocytes dégénérés, de globules rouges et d'albumine, conséquence de lésions de néphrose, selon la classification de Volhard, caractérisées par une dégénérescence plus ou moins marquée de l'épithélium des tubuli. D'après les constatations de M., les cylindres sont l'indice le plus sensible et le plus précoce de l'irritation rénale; ils furent rencontrés en quantité notable dans 46 pour 100 des cures, l'albumine dans 16 pour 100 seulement, les leucocytes altérés dans 15 pour 100; les hématies sont exceptionnelles. L'épreuve de la phénolsulfone-phtaléine et le taux de l'urée sanguine ne se montrèrent que très rarement anormaux. Dans aucun cas les troubles rénaux ne furent assez prononcés pour causer de l'œdème, de la céphalée, des nausées ou d'autres symptômes de ce genre. Tous les malades dont le rein avait réagi au traitement virent disparaître leurs manifestations au bout d'un temps variant de 1 à 3 mois. L'arsénobenzol ne cause qu'une irritation rénale légère, qui est encore moindre avec le novarsénobenzol, tandis que le mercure, en frictions ou en injections intramusculaires (succinimide), se montre plus agressif pour le rein. L'irritation rénale lors du traitement mixte représente environ la somme des irritations produites par chacun des 2 médicaments. Les réactions rénales ont une tendance à s'accentuer avec la répétition du traitement, mais si une interruption suffisante (un mois en général) a lieu entre chaque cure, celles-ci peuvent être renouvelées au moins 4 fois sans qu'on constate de dommage réel pour le rein qui tend à réparer ses lésions spontanément, même en présence d'un traitement prolongé. L'âge n'influence que peu la fréquence de la réaction du rein au traitement antisyphilitique et ne doit pas être considéré comme une contre-indication à ce dernier. Les infections intercurrentes telles qu'une bronchite, une broncho-pneumonie peuvent aggraver les réactions dues au traitement, mais n'empêchent point sa reprise ultérieure.

Chez 31 patients atteints d'infection vésicale chronique, le traitement ne provoqua que rarement l'apparition de cylindres; peut-être ceux-ci sont-ils détruits dans la vessie; mais certaines particularités semblent indiquer que les reins de ces malades réagissent moins que ceux des sujets sains, par suite peut-être d'une certaine accoutumance aux irritations déterminées par l'infection chronique. En tout cas, le traitement mixte fut bien supporté.

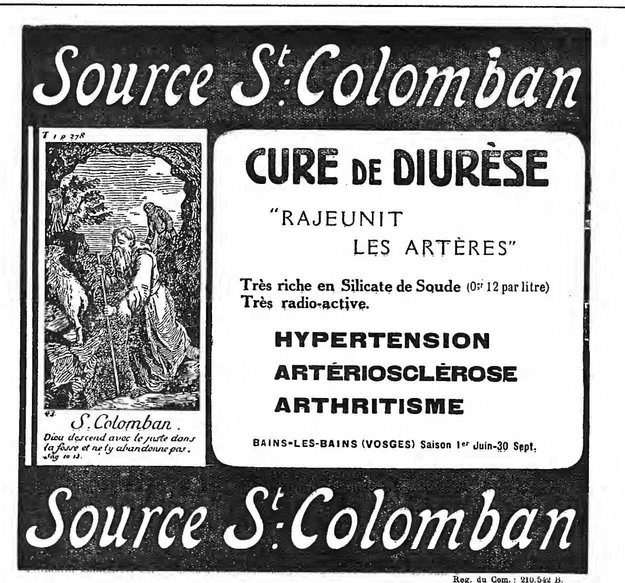
65 syphilitiques ayant déjà des lésions rénales (néphrite chronique, néphrite parcellaire, lithiase) se montrèrent bien plus sensibles au traitement que les sujets à reins indemnes. Toutefois quelque temps après la cure, les reins étaient revenus à l'état antérieur. Le traitement en pareil cas n'est donc pas nécessairement contre-indiqué.

Certaines mesures générales, alcalinisation de l'organisme par le citrate de soude, régime hypochloruré et pauvre en protéines, ablation des foyers d'infection locale, ont quelque valeur dans le traitement de ces manifestations rénales, mais la plus effective est la suspension du mercure pendant le temps nécessaire.

P.-L. Marie.

J. Bryant. ***La longueur de l'intestin humain et son accroissement.*** — A la lumière de ses propres mensurations faites sur 242 sujets de tout âge dont 45 fœtus, B. montre combien sont erronées les données de Treves qui font encore autorité dans les traités d'anatomie. Les mesures ont été faites sur l'intestin extrait de l'abdomen.

Le fait le plus frappant est la grande variabilité de la longueur de l'intestin humain qui peut aller du simple au double. Les différences se montrent dès le 5e mois de la vie intra-utérine ou avant et persistent


Source St Colomban
S. Colomban.
Dieu descend avec le juste dans la fosse et ne l'y abandonne pas.
CURE DE DIURÈSE
"RAJEUNIT
LES ARTÈRES"
Très riche en Silicate de Soude (0gr 12 par litre)
Très radio-active.
HYPERTENSION
ARTÉRIOSCLÉROSE
ARTHRITISME
BAINS-LES-BAINS (VOSGES) Saison 1er Juin-30 Sept.
Source St Colomban
Reg. du Com. : 210.542 B.

toute la vie chez les 2 sexes, aussi bien pour le grêle que pour le gros intestin. Contrairement à ce qu'affirme Treves, la longueur de l'intestin n'est donc pas constante chez le fœtus à terme; la différence de longueur peut atteindre déjà 100 pour 100. Egalement fausses sont les assertions de Treves d'après lesquelles le côlon cesserait de s'allonger pendant les 4 premiers mois de la vie extra-utérine et l'anse sigmoïde subirait une évolution identique dans les mois consécutifs à la naissance en raison de sa longueur excessive; l'anse sigmoïde est, en réalité, souvent moins longue à la naissance qu'elle ne devrait l'être.

Par rapport à la longueur du corps, l'intestin grêle est plus court chez le fœtus de 3 à 4 mois, plus long à la naissance et il devient plus court chez l'adulte. La longueur du côlon par rapport à celle du grêle demeure à peu près la même depuis les premiers mois de la vie intra-utérine jusqu'à la naissance; après celle-ci, le côlon continue pendant la vie à s'accroître lentement en longueur; par contre, le grêle devient plus court dans la vieillesse. Du point de vue de l'anatomie comparée, le nouveau-né se rapproche donc du type carnivore tandis que le vieillard avec son grêle plus court et son côlon allongé est de moins en moins adapté à une forte ration protéique, si nécessaire au développement du nourrisson.

Les mensurations montrent que l'enfant de 60 cm. (6 mois) possède déjà la moitié de la longueur minima du côlon de l'adulte et un grêle plus long que le minimum compatible avec la vie chez l'adulte. L'enfant de 10 ans a un grêle et un côlon dont la longueur égale celle qui est considérée comme normale pour un adulte. L'accroissement de l'intestin après 10 ans se fait non en longueur, mais en calibre. La longueur moyenne du grêle chez l'adulte est de 6 m. 10; celle du côlon de 1 m. 52. Les deux tiers des adultes ont un grêle long de 5 à 7 m., la variation n'excède donc pas 35 pour 100, et un côlon de 1 m. 25 à 2 m., la variation ne dépassant pas 42 pour 100. Le côlon de l'adulte s'allonge de 20 pour 100 de 20 à 80 ans. En dehors de cette particularité, les variations de longueur de l'intestin, éventuellement associées à la longueur du corps, à l'âge, à la maladie, n'excèdent pas celles dues au sexe seul, ne vont pas au delà de 10 pour 100. Le minimum de longueur des intestins compatible avec la vie chez l'adulte est de 3 m. pour le grêle, de 1 m. pour le côlon, duodénum et rectum non compris. L'opinion courante que les tuberculeux ont un intestin plus court que les sujets normaux ne répond pas à la réalité.

P.-L. Marie.

J. R. Bell et W. Mc Adam (de Leeds). ***Variations de la sécrétion gastrique du sujet normal.*** — La valeur de la méthode fractionnée d'analyse du chimisme gastrique a suscité des critiques; chez un même sujet normal divers auteurs ont constaté de larges variations de la courbe d'acidité même à peu de jours d'intervalle, d'autres ont trouvé des valeurs voisines.

Pour se faire une idée de ces variations, B. et M. ont étudié au moyen de la méthode fractionnée la réponse d'un individu sain au même repas d'épreuve (500 cmc de bouillie de gruau d'avoine) pendant 20 jours consécutifs.

La courbe d'acidité la plus basse fut obtenue au premier examen. Ultérieurement, sauf une exception, les courbes d'acidité totale et d'HCl libre affectèrent un type caractéristique et le degré d'acidité varia entre les limites d'une hyperchlorhydrie légère et d'une hyperchlorhydrie marquée. Ces courbes mettent en évidence le degré des variations quotidiennes d'acidité qui est loin d'être négligeable. La rapidité d'évacuation de l'estomac fut très constante pendant toute la série d'examens. Si l'on détermine le coefficient de variation des acidités des différents échantillons à des moments correspondants, on constate que c'est dans les échantillons recueillis au bout d'une heure que l'acidité totale et l'HCl libre varient dans les limites les plus étroites. Si donc on se fie à l'analyse d'un unique spécimen de suc gastrique pour juger du chimisme stomacal, c'est le liquide retiré au bout d'une heure qui fournira les valeurs d'acidité les plus constantes. Mais le coefficient de variation est encore élevé à ce moment, puisqu'il est respectivement de 25 pour 100 et de 18 pour 100 pour HCl et pour l'acidité totale.

Divers autres repas d'épreuve furent employés dans un but de comparaison. Le repas formé de pain et de thé additionné de lait provoqua une sécrétion un peu plus acide que le gruau d'avoine, la vitesse d'évacuation restant la même.

Pratiquement, il faut retenir de ces recherches que si l'on trouve une courbe d'acidité normale ou basse lors du premier examen chez un sujet dont l'histoire clinique suggère une hyperchlorhydrie, on doit répéter les examens avant d'éliminer l'hyperchlorhydrie. Le facteur en cause dans la faible acidité du premier tubage semble être une inhibition psychique produite par l'émotion.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

Tome XXXIX, n° 4, 1er Avril 1924.

H. W. Swift. ***La pathogénie du rhumatisme articulaire aigu.*** — L'échec des recherches bactériologiques faites pour mettre en évidence l'agent du rhumatisme articulaire aigu nous oblige à approfondir l'étude de ses lésions pour arriver à une conception exacte de sa pathogénie. Ce travail, orné de nombreuses planches, précise l'histologie pathologique de l'affection.

D'une façon générale il existe 2 types distincts de réponse de la part de l'organisme à l'agent infectieux : une réaction proliférative et une réaction exsudative. La première est périvasculaire et caractérisée par un nodule infectieux (nodule d'Aschoff); elle explique l'allure subaiguë chronique et récidivante des symptômes constatés chez de nombreux malades. La réaction exsudative se traduit par les épanchements dans les tissus périarticulaires et dans les jointures et accompagne la poussée fébrile et l'intoxication générale; contrairement à la réaction proliférative, elle disparaît rapidement à la suite de la médication.

Au niveau de l'endocarde, la lésion primitive est de nature proliférative et siège non à la surface des valves, mais dans la profondeur; la destruction de l'endothélium n'est que secondaire. Dans le péricarde, malgré l'apparence purement exsudative des altérations, on retrouve des lésions en foyer analogues aux nodules d'Aschoff. Ceux-ci constituent la lésion typique du myocarde des rhumatisants; ils siègent au voisinage des petits vaisseaux et se caractérisent par une zone centrale de nécrose entourée de cellules spéciales à noyau vésiculeux, à cytoplasme colorable en rouge avec le vert de méthyle-pyronine; de nombreuses cellules présentent des noyaux multiples, cellules géantes différentes de celles de la tuberculose; en outre on rencontre des polynucléaires et des lymphocytes en quantité variable selon l'intensité de l'infection. Les lésions vasculaires sont fréquentes : compression par les nodules, endartérite proliférative, thrombose, le tout créant des troubles circulatoires passagers dont témoignent les modifications transitoires des électrocardiogrammes en série.

Les nodules fibroïdes sous-cutanés si fréquents chez les enfants ont la même structure que les nodules d'Aschoff et leur origine vasculaire et périvasculaire est particulièrement nette; on retrouve les mêmes lésions des artérioles; l'identité est complète entre lésions sous-cutanées et lésions du myocarde. Ces nodules n'attirent pas l'attention parce que, situés en plein tissu cellulaire, loin des nerfs, ils restent indolores et n'entravent aucune fonction.

Au niveau des articulations les mêmes lésions périvasculaires et vasculaires se retrouvent, mais ici, à cause de la présence des filets nerveux de la capsule, causent de vives douleurs; ces lésions survivent plus ou moins longtemps à la disparition des signes cliniques d'arthrite.

L'anatomie pathologique crée un lien entre les manifestations cliniques en apparence si dissemblables de la maladie. Elle montre en outre que la disparition des exsudats qui sont l'expression la plus frappante, parce que la plus tapageuse de l'affection, ne signifie pas nécessairement que toutes les lésions proliferatives sont passées à l'état de résolution. De fait, on voit ces lésions continuer à évoluer pendant des mois dans le tissu cellulaire sous-cutané, et par analogie on peut conclure qu'elles ont un caractère aussi persistant dans les autres tissus atteints par l'agent du rhumatisme, dans le myocarde en particulier.

P.-L. Marie.

THE JAPAN MEDICAL WORLD

Tome IV, n° 2, Février 1924.

T. Ogata, S. Kawakita, P. Kagoshima, S. Suzuki, H. Oka. ***De la question de l'identité du béribéri et de la maladie du riz poli.*** — O., K., K., S. et O. considèrent que le béribéri diffère radicalement de la maladie du riz poli.

La maladie du riz poli est due au déficit en vitamine B; la teneur en vitamine B du foie des poules qui en sont atteintes est très diminuée, tandis que la quantité de vitamine B trouvée dans le foie des sujets morts du béribéri diffère peu de celle qui existe chez d'autres malades.

Les symptômes nerveux, en dehors de la paralysie, ne se ressemblent pas dans les deux maladies. Dans la maladie du riz poli, il existe souvent des convulsions, de l'incoordination motrice, de l'obnubilation qui font défaut dans le béribéri. D'autre part, les troubles nerveux apparaissent précocement dans le béribéri, à la dernière période seulement (phase névritique) dans la maladie du riz poli.

Les symptômes cardio-vasculaires, qui sont des signes cardinaux du béribéri, et témoignent du relâchement de tout le système circulatoire sous l'influence des modifications des fibres périphériques du sympathique, diffèrent de ceux de la maladie du riz poli, où l'on ne constate ni tachycardie, ni hypertrophie du cœur, ni congestion intense terminale. L'œdème, qui est commun aux 2 affections, ne paraît pas reconnaître la même pathogénie : dans le béribéri il semble relever de troubles dans la paroi des capillaires; dans la maladie du riz poli, de la cachexie. L'hyperglycémie initiale, l'anémie accusée avec lésions de la moelle osseuse et formation de dépôts d'hémosidérine, la lymphopénie surtout avec atrophie du tissu lymphoïde de la maladie du riz poli font défaut dans le béribéri.

Les symptômes digestifs sont plus marqués, la nutrition plus troublée dans la maladie du riz poli. L'hypothermie y est habituelle alors qu'il existe une fièvre légère dans le béribéri. La médullaire surrénale est hypertrophiée et riche en adrénaline dans le béribéri, elle ne se modifie pas dans la maladie du riz poli où l'on constate une hypertrophie du cortex. La spermatogenèse est très troublée et l'activité sexuelle disparue dans la maladie du riz poli; il existe peu de troubles de ce côté dans le béribéri.

P.-L. Marie.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE

Tome IV, n° 6, 28 Mars 1924.

S. Kodama. ***Effet de l'anesthésie par l'éther sur la libération de l'adrénaline par les surrénales.*** — Il est bien établi déjà que l'anesthésie par l'éther provoque une diminution du contenu adrénalinique de la surrénale, mais on ne peut en déduire que l'éther accélère la sécrétion d'adrénaline. K. a employé la technique de la « poche-cave » de Stewart et Rogoff pour mesurer l'adrénaline déversée dans le sang par les surrénales (V. *La Presse Médicale*, 1924, n° 6, analyses, p. *16*). Ses expériences ont d'abord porté sur des chiens soumis à une courte anesthésie par l'éther après avoir subi la section préalable des racines spinales postérieures de la 4e dorsale à la 2e lombaire pour provoquer l'anesthésie de la paroi abdominale et des viscères, et permettre d'exécuter la poche-cave. Dans ces conditions, la libération d'adrénaline se montra nettement diminuée par l'éther sans que le débit sanguin se soit abaissé. Même constatation chez les chiens non dénervés, chez lesquels l'opération fut pratiquée sous anesthésie à l'éther et l'influence de ce dernier étudiée après le réveil.

Comme l'asphyxie détermine une augmentation de la quantité d'adrénaline libérée, on pouvait se demander si une anesthésie par l'éther de longue durée ne provoquerait pas l'élévation de la teneur adrénalinique. Là encore, les expériences montrèrent que l'éther inhibe la libération de l'adrénaline, bien qu'il provoque de l'hyperglycémie. Même résultat chez les chiens soumis à l'éthérisation intermittente.

Si l'on excite les nerfs sensitifs, la quantité d'adrénaline libérée s'accroît, et l'éthérisation ne semble pas la faire nettement diminuer.

Le dosage de l'adrénaline dans les surrénales après anesthésie par l'éther indique une réduction de la teneur des glandes en adrénaline. Il y a donc à la fois inhibition de la production et de l'excrétion d'adrénaline.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL

(Paris)

Tome XXXVIII, n° 7, 13-16 Février 1924.

E Sorrel (Paris). ***Traitement des adénites tuberculeuses.*** — Il ne s'agit ici que des *adénites cervicales*, extrêmement fréquentes, et, venant fort loin derrière elles, des *adénites axillaires* et *inguinales*.

Les unes et les autres sont avant tout justiciables d'un *traitement général* dont la *cure hélio-marine* prolongée est la forme la plus efficace : sous sa seule influence, on verra parfois fondre des masses ganglionnaires importantes. Mais, pour certaines formes, il y a plus et mieux à faire que d'attendre patiemment pendant des mois et des années une guérison que l'on peut obtenir vite et bien par des traitements plus actifs : envisageons-les successivement pour les adénites cervicales, axillaires et inguinales.

A. Adénites cervicales. — *a)* Un *ganglion isolé*, volumineux, bien mobile sur les plans profonds, n'adhérant nullement à la peau, doit, sans aucune hésitation, *être enlevé*. L'incision se cicatrisera par première intention et, si l'on a eu soin de la placer dans un des plis du cou, elle sera pratiquement invisible. — *b)* Si, au lieu d'un seul ganglion, il y a *plusieurs ganglions*, deux, trois, quatre, que l'on peut atteindre par la même incision ou par de petites incisions séparées, le mieux souvent aussi sera de *les enlever*, à condition, toujours, qu'ils soient mobiles ; mais la cicatrice sera un peu plus visible ou il y aura plusieurs petites cicatrices. Si l'on estime que la cicatrice est trop visible ou s'il existe un trop grand nombre de ganglions qu'on ne pourra tous atteindre, mieux vaut s'abstenir de l'intervention, puisque le traitement général, au prix, il est vrai, d'une durée très longue, peut souvent amener la disparition de ces ganglions sans trace perceptible. — *c)* Dans les cas de *grosse masse ganglionnaire formant un bloc* peu mobile (ganglions noyés dans une gangue de périadénite), l'ablation chirurgicale n'est guère possible, en raison des dangers réels qu'elle présente et de la cicatrice importante qu'elle laisserait à sa suite. D'autre part, le seul traitement général agit très lentement. Ces formes sont le triomphe de la *radiothérapie* qui fait fondre la masse avec une grande rapidité, ne laissant plus subsister que quelques petits ganglions durs, sclérosés, isolés, appelés à disparaître lentement.

— *d)* En cas de *ganglion unique suppuré*, l'extirpation n'est plus de mise, car la cicatrice très probablement ne serait pas belle : mieux vaut *vider l'abcès par ponctions* répétées aussi souvent que nécessaire. On obtient ainsi souvent des guérisons parfaites sans aucune cicatrice visible. — *e)* Si, au lieu d'un seul ganglion, il y a *plusieurs ganglions suppurés*, la technique reste la même : *ponction isolée de chaque ganglion*; et l'on peut obtenir de beaux succès, mais parfois aussi la fistulisation se produit.

— f) *Adénite mono-ganglionnaire fistulisée.* Ici, la cicatrisation ne se fait que lorsque tout le tissu ganglionnaire s'est éliminé spontanément ou lorsqu'on a aidé à cette élimination par l'expression ou, mieux, par quelques coups de fine curette. Mais alors la cicatrice est toujours moins belle que celle qui résulte d'une *excision franche du ganglion*. — *g)* Cette excision, en tout cas, s'impose pour les *adénites fistulisées multiples* : opération parfois pénible et laborieuse, elle est toujours bénigne; elle laisse une cicatrice longue, toujours visible, qui reste parfois longtemps chéloïdienne, mais qui est très supérieure aux multiples cicatrices irrégulières qui se seraient produites sans intervention et en appliquant le seul traitement général.

B. Adénites axillaires. — Leur traitement est fort simple : il faut les *extirper*, quelle qu'en soit la forme, que les ganglions soient suppurés ou non. Ce sont, en effet, des adénites d'une longueur d'évolution désespérante qui, la plupart du temps, finissent par suppurer, et ces fistules sont interminables. Or, l'intervention donne des résultats constants et remarquables; la guérison est obtenue au prix d'une cicatrice complètement dissimulée dans l'aisselle, si on l'a faite avec soin.

C. Adénites inguinales. — Ici, il n'en est plus tout à fait de même et il faut choisir les cas. Deux, suivant S., relèvent de l'*extirpation* :

a) *Gros ganglions* (on ne voit guère à l'aine de ganglion isolé) *bien mobiles*, sans péri-adénite et sans prise clinique des ganglions iliaques; on peut alors compter sur un résultat rapide et plus sûr que celui que donnerait toute autre méthode thérapeutique. — b) *Masses ganglionnaires importantes, suppurées, fistuleuses*, à condition encore que les ganglions iliaques ne semblent pas intéressés. Sans doute la cicatrice sera souvent chéloïdienne et disgracieuse, mais elle le sera moins que les multiples cicatrices irrégulières que l'on finirait par obtenir à la longue en laissant les lésions évoluer.

Dans l'un comme dans l'autre cas, c'est l'extirpation en masse qu'il faut faire : facile dans le premier cas, elle est délicate, mais toujours réalisable, dans le deuxième.

Dans les autres cas, mieux vaut se contenter de l'immobilisation au lit du malade et du traitement général (cure hélio-marine) avec ponction si les ganglions sont suppurés. Quant à la radiothérapie, elle ne donne de bons résultats que dans les formes avec péri-adénite marquée. J. Dumont.

N° 13, 26 et 29 Mars.

Pierre Mauriac (de Bordeaux). ***Les limites de l'insuffisance hépatique.*** — M. présente une intéressante étude critique de la grande et de la petite insuffisance hépatique, de l'insuffisance hépatique subaiguë et chronique.

Il estime que ce chapitre de pathologie générale doit garder sa place et se réclame aussi bien de la clinique que de la physiologie. Mais, justement parce que nos connaissances de la physiologie hépatique sont en perpétuelle transformation, nous ne pouvons prétendre posséder de l'insuffisance du foie une notion définitive ; c'est un chapitre sujet à révisions quotidiennes, et pour longtemps encore. Plus nos connaissances se préciseront, plus elles se compliqueront, et moins l'insuffisance hépatique apparaîtra comme une entité clinique facilement vérifiable. De plus, il ne faut pas oublier que les fonctions hépatiques font partie de l'ensemble des fonctions de l'organisme et concourent avec elles pour l'harmonie de l'ensemble, elles sont plus ou moins subordonnées à ces autres fonctions et ne peuvent guère être étudiées isolement.

La pathologie du foie a toujours été un terrain favorable aux théoriciens et faiseurs de systèmes et l'étude de l'histoire de la médecine du foie est très intéressante pour se rendre compte de l'importance de la mode dans les théories et conceptions médicales. L. Rivet.

F. Piéchaud (de Bordeaux). ***L'albumosurie dans l'insuffisance hépatique.*** — Utilisant une technique inspirée de celle de Delaunay et J. Desqueyroux, P. a examiné les urines de 150 malades atteints d'affections très variées, et il a étudié la concordance existant entre l'albumosurie, spontanée ou provoquée, et les différentes épreuves d'insuffisance hépatique : urobilinurie, réaction de Hay, coefficient de Clogne-Derrien.

Sur 57 malades constamment urobilinuriques, 48 étaient albumosuriques ; sur 61 malades considérés cliniquement comme des hépatiques, 38 présentaient à la fois des sels biliaires et des albumoses dans leurs urines ; 13 étaient seulement albumosuriques ; 10 n'avaient ni l'un ni l'autre de ces signes.

On sait l'inconstance de la réaction de Hay dans les urines des hépatiques ; ceci démontre la valeur de l'albumosurie comparativement à ce signe.

Quant au coefficient de Clogne-Derrien, P. a pu constater que sur 61 malades examinés à ce point de vue, l'albumosurie coïncidait avec ce coefficient constamment élevé chez 51 d'entre eux.

Sur 67 malades atteints d'affections hépatiques, 48 ont présenté de l'albumosurie constante ; chez 9, elle était intermittente et post-prandiale ; les 10 autres ne présentèrent pas ce symptôme. Inversement, chez 83 malades cliniquement indemnes d'affection hépatique, on ne trouva que 3 albumosuriques.

L'albumosurie semble donc un indice de déficience hépatique et il est bon de recourir à cette épreuve d'exécution facile, de même qu'à la recherche de l'urobiline ou à l'établissement du coefficient d'imperfection uréogénique. L. Rivet.

N° 14, 2 et 5 Avril.

Charles Foix et Henri Lagrange. ***Les poussées évolutives du tabes.*** — Le tabes est à mettre au nombre des maladies qui procèdent par poussées évolutives, et c'est là, d'ailleurs, un point qui paraît lui être commun avec la plupart des maladies infectieuses du névraxe. Il y a longtemps que Babinski a insisté sur cette notion dans la sclérose en plaques. L'exemple de l'encéphalite léthargique est également suggestif : dans cette affection, on voit, en effet, des manifestations tardives qui, dans certains cas, ont physionomie de séquelles, mais d'autres fois, au contraire, se présentent bien comme des poussées évolutives.

La connaissance de celles-ci est particulièrement importante au cours du tabes. Elle montre bien la difficulté que l'on trouve à poser un pronostic absolument ferme. S'il y a beaucoup de chances pour qu'un tabétique fixé à un certain taux ne voie plus son mal évoluer après quelques années de traitement, ou ne présente même que des complications que l'on peut tenir pour des accidents au cours du tabes (arthropathies, fractures), il reste cependant aussi chez lui la possibilité de voir au cours d'une poussée évolutive se constituer des signes nouveaux de la série tabétique, de voir par exemple apparaître des troubles oculaires ou des membres supérieurs.

Si l'existence des crises évolutives est bien connue en ce qui concerne les douleurs fulgurantes, elle se révèle d'une manière encore plus frappante quand l'évolution porte sur l'apparition de troubles moteurs ou quand l'ataxie revêt pour ainsi dire une forme galopante. En ce qui concerne l'ataxie aiguë, F. et L. décrivent, avec observations à l'appui, des poussées évolutives chez des tabétiques confirmés et des accidents d'ataxie aiguë chez des tabétiques frustes. On a pu en pareil cas parler de tabes à marche aiguë : il n'y a là que poussées évolutives, laissant ensuite un résultat fixe.

La notion des neuro-récidives vient à l'appui de cette conception.

Ceci montre qu'il faut attacher la plus grande importance à l'apparition des plus légers troubles locomoteurs, car on peut, en effet, assister à l'évolution d'une forme pour ainsi dire galopante de l'ataxie en dehors des symptômes douloureux ou autres qui la précèdent ou l'accompagnent généralement. C'est dire qu'au moindre doute il est indiqué de faire la ponction lombaire et d'instituer un traitement assez sévère, quoique assez prudent, et par conséquent progressif, de façon à éviter les neuro-récidives. L. Rivet.

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

Tome XV, n° 4, Avril 1924.

A. Souques et Th. Alajouanine. ***Sur un type d'atrophie musculaire progressive à évolution subaiguë (poliomyélite antérieure subaiguë) : étude clinique, anatomique et expérimentale.*** — S. et A. relatent l'observation d'un jeune homme de 17 ans, qui présenta un syndrome d'atrophie musculaire progressive pure, terminée au bout de 8 mois par un syndrome bulbaire aigu, forme subaiguë du syndrome poliomyélite antérieure. On trouva les lésions suivantes : altérations discrètes, à l'exception du renflement cervical, des cellules des cornes antérieures de la moelle et des noyaux bulbaires; lésions des gaines périvasculaires (distension œdémateuse et infiltration lymphocytaire); pas de dégénération cordonale. Autrement dit, lésions assez discrètes de poliomyélite antérieure infectieuse.

S. et A. ont pratiqué des inoculations intra-cérébrales à des cobayes et lapins, avec le liquide céphalo-rachidien recueilli la veille de la mort et avec des émulsions de moelle cervicale et de bulbe recueillis aseptiquement à l'autopsie et conservés à la glacière pendant quelques heures dans de la glycérine au 1/3. Un des cobayes injecté avec la moelle


PLASMA OXY-ORGANO.
OMNIUM
NUTRITIONIS
MORBORUM
CYTOSAL
THERAPIA
OMNIPOTENS
POLYMINÉRALISÉ

cervicale présenta 6 mois après l'injection intracérébrale le même tableau clinique que le malade, et ses centres nerveux présentaient les mêmes lésions que ceux du malade. On ne put d'ailleurs réaliser de passages ni isoler un virus fixe. Mais il s'agit vraisemblablement d'un virus neurotrope filtrant ou invisible avec nos moyens actuels, et dont l'action se traduirait après une incubation fort longue (près de 6 mois).

Il s'agit donc d'un type d'atrophie musculaire progressive à évolution subaiguë par poliomyélite discrète infectieuse, affection due à un germe neurotrope invisible transmissible à l'animal.

L. Rivet.

Junichi Murakami et Takashi Yamaguchi (Datrein, Japon). ***La teneur du sang en fibrinogène et fibrinferment dans les maladies internes ; sa corrélation avec la vitesse de sédimentation des globules rouges, la teneur du sang en calcium et le temps de coagulation du sang.*** — Les recherches de M. et Y. leur ont montré que la teneur du sang en fibrinogène chez 20 hommes sains était de 62,5 à 125 unités Wohlgemuth; elle était généralement plus grande chez les femmes que chez les hommes. La teneur en fibrinferment était de 8 à 125 unités, généralement plus faible chez les femmes que chez les hommes.

Chez des malades atteints de dysenterie et entérite, ces teneurs ne différaient pas sensiblement des chiffres de l'homme sain.

Dans 20 cas de fièvre typhoïde, la teneur en fibrinogène était généralement plus grande que chez l'homme sain (62,5 à 250 unités), et surtout élevée dans des cas graves. La teneur en fibrinferment était généralement plus faible que chez l'homme sain (de 4 à 125 unités). Le maximum de ces teneurs fut atteint au moment où la fièvre entrait en décroissance.

Dans 10 cas d'ictère, les teneurs en fibrinogène et fibrinferment étaient très faibles. Dans 10 cas de pleurésie et 37 cas de tuberculose pulmonaire, la teneur en fibrinogène était plus grande chez les malades graves; la teneur en fibrinferment était faible. Chez les malades non gravement atteints et chez ceux qui ont guéri, cette teneur n'était pas beaucoup différente de ce qu'elle est chez l'homme sain.

Par leurs observations des teneurs en fibrinogène et fibrinferment à intervalles déterminés chez le même individu (homme sain, ictérique, tuberculeux pulmonaire), M. et Y. ont pu reconnaître que la coagulation du fibrinogène et du fibrinferment est plus rapide chez les tuberculeux, et tardive chez l'homme sain.

Il existe un certain rapport entre la vitesse de sédimentation des globules rouges et la teneur du sérum sanguin en calcium : lorsque la sédimentation est rapide, la teneur en calcium est relativement faible et inversement. Dans les cas montrant une grande vitesse de sédimentation des globules rouges, la teneur en fibrinferment est faible et la teneur en fibrinogène est grande. Il n'y a aucune relation quantitative entre la teneur en calcium du sérum sanguin et celles en fibrinogène et en fibrinferment du sang.

L'augmentation ou la diminution de la teneur en fibrinferment est en relation avec le temps de coagulation du sang. Si la teneur en fibrinferment est faible, le temps de coagulation est prolongé. La teneur en fibrinogène, semble-t-il, est indépendante du temps de coagulation du sang. Dans la tuberculose pulmonaire et la pleurésie, le temps de coagulation du sang était généralement prolongé. Il semble bien qu'il n'y ait pas de relation entre le temps de coagulation du sang et la teneur en calcium du sérum sanguin. Dans les cas où M. et Y. ont constaté une prolongation du temps de coagulation du sang, il y avait une grande vitesse de sédimentation des globules rouges.

L. Rivet.

N° 5, Mai.

R. Burnand (de Leysin) **et L. Sayé** (de Barcelone). ***Granulies froides et granulies chroniques.*** — La granulie chronique n'est pas exceptionnelle : sur 100 cas de tuberculose thoracique à évolution fibreuse, l'un des auteurs l'a constatée une vingtaine de fois.

La maladie débute habituellement par des altérations de l'état général et des signes toxémiques : amaigrissement, troubles digestifs; température légèrement subfébrile ou normale. La maladie peut parvenir au maximum d'étendue lésionnelle avec le minimum de fièvre, même dans la phase avancée. Les signes fonctionnels sont minimes : toux discrète ; expectoration presque nulle, banale, souvent sans bacilles ; dyspnée légère, à rechercher soigneusement ; hémoptysies peu abondantes, sans fièvre. Les signes locaux, discrets, sont des signes de sclérose lentement progressive avec localisation élective aux deux sommets et aux régions sushilaires, avec bruits adventices rares.

A l'écran, on ne voit qu'un voile diffus, qui échappe le plus souvent à l'observation. Par contre l'étude des clichés radiographiques montre des altérations presque toujours bilatérales et à peu près symétriques, dont l'élément caractéristique est le nodule fin congloméré ou plus ou moins clairsemé. Si la répartition des nodules est très serrée et en même temps étendue, il en résulte une image en voile presque uniforme. Quand le nodule fin est plus dispersé, on voit une ligne fine ponctuée de petits nodules en chapelets plus ou moins réguliers, figurant un réseau, pouvant former deux éventails symétriques à centre hilaire ou occuper la presque totalité des deux plages pulmonaires.

A une phase plus avancée, on peut voir vers le hile se conglomérer des nodules plus volumineux donnant des taches opaques; plus tard peuvent apparaître des images de destruction localisées siégeant souvent dans les sommets.

L'évolution est variable, allant de la torpidité absolue permettant au malade de vaquer à son activité professionnelle, jusqu'aux formes évolutives froides ou subfébriles à marche plus rapide. La maladie peut demeurer pareille à elle-même anatomiquement et cliniquement pendant des mois et des années. Cette phase de chronicité, de tolérance, constitue l'aspect spécial et unique de la tuberculose granulique froide du poumon. En suivant de près les malades, on peut cependant mettre en évidence des poussées évolutives plus ou moins bien caractérisées.

Dans certains cas, la maladie peut suivre une marche régressive et même guérir, avec effacement radiologique des foyers miliaires, sans avoir donné lieu à des accidents toxémiques, bacillémiques ou ulcéreux irrémédiables. D'autres cas se terminent par phtisie ulcéreuse, d'autres par cachexie lente, accidents de myocardite toxique, d'autres enfin par l'éclosion d'une granulie aiguë terminale, qu'il faut redouter si la température s'élève, en même temps qu'apparaît de la dyspnée au repos.

B. et S., rappelant les descriptions de Letulle, de Schaff, de Klemperer, pensent qu'il faut dans ces cas incriminer une lymphangite péribronchique nodulaire, c'est-à-dire une tuberculose miliaire à propagation lente exclusivement lymphangitique, à marche rétrograde, analogue à la lymphangite cancéreuse de Bard.

La thérapeutique se réduit à la cure hygiénique, appuyée de tous les traitements révulsifs et symptomatiques usuels, et surtout de tonicardiaques destinés à prévenir la défaillance cardiaque qui annonce souvent la phase de décompensation.

L. Rivet.

F. Piéchaud et E. Aubertin (de Bordeaux). ***L'albumosémie et l'albumosurie considérées dans leurs rapports avec le fonctionnement hépatique.*** — De cette étude, basée sur de nombreuses recherches personnelles, à l'aide de la technique de Delannay et Sérégé, P. et A. concluent que le symptôme de l'albumosurie rentre dans le syndrome de l'insuffisance hépatique.

La concordance fréquemment observée de l'albumosurie avec l'urobilinurie, le coefficient de Clogne-Derrien ou la réaction de Hay en est la démonstration. P. et A. estiment cependant que cet élément n'est pas plus infaillible que les autres éléments du syndrome d'insuffisance hépatique. Il n'est pas de signe de dysfonctionnement hépatique constant, et l'imperfection de nos moyens exige un faisceau de preuves pour en porter le diagnostic. Pas plus que l'urobilinurie, l'élévation du coefficient de Clogne-Derrien et la réaction de Hay positive, l'albumosurie n'est constante au cours de l'insuffisance hépatique. Mais elle présente une réelle valeur, au même titre que ces divers éléments.

L. Rivet.

Ivan Bertrand et G. Médakovitch. ***Etudes anatomiques sur la tuberculose des centres nerveux.*** — La fréquence des formes non folliculaires de la tuberculose nerveuse exige pour l'identification anatomique l'emploi d'une *technique* rigoureuse dans la recherche des bacilles sur coupes. La fixation primitive ou secondaire par le liquide de Flemming est précieuse quand les bacilles sont rarissimes. La fuchsine anilinée doit être employée avec le vert malachite comme colorant de fond.

Dans la *tuberculose méningée*, les réactions non folliculaires sont presque constantes.

Parmi les *tubercules cérébraux* d'aspect macroscopique très polymorphe, il faut distinguer deux groupes : 1° dans les formes cortico-méningées, on peut décrire les placards cortico-méningés pseudogommeux, les tubercules corticaux multiples, le tubercule sous-cortical abortif, la forme fibreuse pseudo-sarcomateuse ; 2° dans les formes exclusivement centrales, on distingue l'encéphalite diffuse, l'abcès purulent à réaction banale, la forme centrale fibro-caséeuse. Les déterminations centrales de la tuberculose provoquent la réaction de tous les éléments interstitiels. Les réactions devant le bacille de Koch démontrent l'origine histiogène du follicule tuberculeux ; la thèse hématogène n'est valable que dans les cas expérimentaux. Les réactions anatomiques ne relèvent pas uniquement d'un processus phagocytaire, comme au niveau de la cellule géante, mais encore d'une réaction histologique de défense, au niveau de points excentriques tels que la zone phlegmasique.

La *tuberculose de la fosse cérébelleuse* est presque constamment à point de départ méningé ; elle reste facilement localisée. C'est une forme essentiellement chirurgicale, qui peut aboutir à la destruction complète d'un hémisphère cérébelleux. Une symphyse complète entre la dure-mère et le cervelet constitue un obstacle possible et grave au cours de l'intervention.

Les *tubercules protubérantiels* se localisent avec prédilection dans le pied du pont de Varole, et surtout dans la voie pyramidale. Ils sont généralement accompagnés d'un tubercule peu étendu, localisé à un hémisphère cérébelleux. Cette double localisation est sans doute due à une propagation lymphatique le long des pédoncules cérébelleux moyens.

On a confondu les *pachyméningites pottiques*, non folliculaires et toujours tuberculeuses, avec les myélites dégénératives dites par compression, qui ne renferment pas de bacilles de Koch. Le tubercule intramédullaire est exceptionnel : ses réactions sont folliculaires, mais les cellules géantes qu'on y observe y sont constamment d'origine vasculaire.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG

(Paris)

Tome XVII, n° 3, Mars 1924.

H. L. M. Van der Hoff (Heerlen, Hollande). ***La numération des « ombres » de globules rouges après les transfusions du sang.*** — Pour compter ces « ombres » globulaires, c'est-à-dire les globules ayant perdu leur hémoglobine et devenus de ce fait transparents, presque impossibles à reconnaître par les techniques habituelles, H. a adopté la méthode de l'ultramicroscope : à fond noir, le chiffre obtenu est celui des globules rouges, plus celui des ombres ; à fond clair, le chiffre indique exclusivement celui des globules rouges; la différence entre les deux chiffres donne le nombre des ombres en circulation.

Quand on compte ainsi les globules rouges du sang normal, dilué au liquide de Hayem, on trouve régulièrement 10.000 à 20.000 globules en plus sur fond noir que sur fond clair; on peut donc admettre que normalement 10 à 20.000 ombres circulent dans le sang.

H. a pratiqué des examens de ce genre en série dans 11 cas de transfusion. Les numérations furent pratiquées avant transfusion, puis tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures pendant 6 à 8 heures après la transfusion. Quelques heures après la transfusion, il a constaté parfois de grandes diminutions dans le chiffre des globules rouges, coïncidant avec un indice élevé de l'hémoglobine. Après la transfusion, le nombre des ombres s'élève considérablement, pouvant, par exemple, passer de 10.000 à 60 000, puis 350 000 pour diminuer ensuite et tomber à 20.000 au bout de 3 heures. Reste à savoir si les ombres qu'on trouve après la transfusion proviennent du malade ou du donneur; si les ombres disparaissent rapidement de la circulation; enfin, si ces ombres sont capables de reprendre l'hémoglobine et de revenir à la vie.

L. Rivet.

REVUE NEUROLOGIQUE

(*Paris*)

XXX[e] année, tome II, n° 4, Octobre 1923.

G. Calligaris (Rome). ***Hypotonie brachiale et hypertrophie mammaire.*** — Observation d'une jeune fille, sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires, qui, à l'âge de 6 ans, peu de jours après une vaccination au membre supérieur gauche, commença à se plaindre de douleurs vagues du membre droit, avec irradiations à l'hémiface correspondante, d'un léger bégalement périodique et d'envies de rire. A ces troubles qui persistent depuis 10 ans, se sont ajoutés du même côté des perturbations sudorales (hyperidrose axillaire et palmaire), vaso-motrices, thermiques et trophiques (diminution de volume des muscles du bras); enfin, récemment, des mouvements involontaires du membre supérieur et une augmentation progressive de volume du sein de ce côté. A l'examen, en plus de ces troubles, existe une hypotonie considérable du membre supérieur droit.

C. souligne l'intérêt de ce syndrome : hypotonie brachiale et hypertrophie mammaire, à propos duquel il rappelle une observation récente de Babonneix concernant une hémiplégie cérébrale infantile avec hypotonie des doigts de la main et une hypertrophie de la glande mammaire. Il place dans l'hémisphère gauche les lésions causes du syndrome droit observé. L'hypotonie, fréquemment observée dans l'hémiplégie cérébrale infantile, lui semble devoir être attribuée à une lésion striée ou extrapyramidale. De même, la brachialgie dont souffre sa malade, avec ses exacerbations paroxystiques, ses paresthésies, sa ténacité, lui semble en rapport avec les phénomènes douloureux de type thalamique et pouvoir être rattachée à la lésion striée parathalamique. Enfin, c'est à une même origine qu'il attribue les troubles trophiques, se basant sur de nombreux faits pour soutenir le rôle trophique de la région striée (troubles de la peau dans les syndromes parkinsoniens, lésions osseuses, et même rhumatisme chronique déformant, obésité et dystrophie post-encéphalitiques). C'est des perturbations végétatives de la région striée que relèveraient ainsi dans ce cas l'atrophie du bras et l'hypertrophie mammaire. ALAJOUANINE.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE

(*Paris*)

Tome II, n° 1, Février 1924.

C. J. Parhon et M. Kahane. ***Sur les effets des greffes testiculaires chez les vieux organismes.*** — A la suite des récentes recherches (Steinach, Vonoroff, Hams, Sand, Stanxley et Kehler, etc.) concernant les effets de la ligature des conduits spermatiques ou ceux des greffes testiculaires, les auteurs ont cherché à mettre au point les rapports de la vieillesse avec les troubles endocriniens.

L'expérience (greffe testiculaire), sur un individu de 78 ans, a fait de cet homme *grisonnant, maigre, fatigué, se plaignant de douleurs diverses*, un être actif (augmentation de la capacité de travail) *se fatiguant beaucoup moins, gai, aimant à s'amuser, et même sensuel* (érection cependant de courte durée).

Il faut ajouter : une poussée de cheveux ou de poils noirs; le taux de la cholestérine sérique tombé de 2,15 pour 1000 à 1,50 pour 1000 (à rappeler l'hypercholestérinémie de la vieillesse). P. et K. ne tranchent pas la question de savoir s'il y a véritable rajeunissement ou simple réactivation des fonctions restantes; d'autre part, ayant passé en revue le problème de la sénescence et ses diverses théories, ceux-ci admettent de préférence la thèse de Montgomery : insuffisance d'élimination de certains produits résultant du fonctionnement même de l'organisme et entraînant la vieillesse et la mort du dit organisme. Or, comme les échanges sont en grande partie réglés par les endocrines, il semble qu'on doive penser à leurs troubles pour expliquer la vieillesse. C'est ainsi que l'état sec, ridé de la peau, l'abaissement de la température, la chute des cheveux, l'anorexie, etc., doivent être rapportés aux troubles de la *thyroïde*. La décalcification des os, l'ostéoporose sont en rapport avec le *thymus*.

L'engraissement observé à un certain âge avec distribution spéciale de la graisse rappelant la dystrophie adiposo-génitale est en rapport avec *l'hypophyse*.

L'aménorrhée, la diminution des forces génésiques, etc., sont en rapport avec les *ovaires* ou les *testicules*.

Les scléroses sont en rapport avec l'*hyperfonction de l'écorce des surrénales* amenant l'hypercholestérinémie (d'où contre-indication de l'opothérapie surrénale chez les vieux organismes). L'hyperfonction surrénalienne semble d'ailleurs être atténuée par l'opothérapie génitale.

Enfin, il y a lieu de penser à l'insuffisance hépatique.

En conclusion, P. et K. pensent qu'on doit recourir contre la vieillesse aux traitements suivants :

Opothérapie (organes fœtaux et cytopoïétiques de Carnot); essayer la lysine (activation de l'assimilation); cures actinothérapiques (rayons UV); cures diététiques (cure de Guelpa).

Le problème de la vieillesse doit être approfondi. MARCEL LAEMMER.

Georges Bickel, Edouard Frommel et Jean Hess. ***Contribution à l'étude de l'infantilisme dit cardiaque; la pathogénie endocrinienne.*** — Il existe deux grands groupes d'infantilisme :

a) L'infantilisme par lésion d'une glande à sécrétion interne.

b) L'infantilisme dystrophique.

Le premier est caractérisé par la conservation chez l'adolescent ou l'adulte des caractères morphologiques et des rapports anthropométriques de l'enfance (infantilisme thyroïdien de Brissaud; infantilisme hypophysaire; infantilisme de Meige); ce type ne correspond pas à un simple arrêt de développement, mais à une véritable perturbation de la croissance.

Le second type est caractérisé avant tout par la petitesse et la gracilité du corps, sorte d'arret de développement portant davantage « sur la masse de l'individu que sur un appareil spécial »; la pathogénie de ce type d'infantilisme donne les opinions les plus variées (tuberculose, syphilis, malaria, pellagre, lèpre, typhus, etc.).

Dans le groupe des *infantilismes dystrophiques, celui qui se surajoute à certaines lésions cardio-vasculaires* occupe une place prépondérante et le trouble cardiaque le plus souvent observé (9/10 des cas) est le *rétrécissement mitral*. La pathogénie de cet infantilisme avec rétrécissement mitral est loin d'être simple.

La théorie pathogénique la plus fréquemment citée est celle qui *considère la lésion mitrale comme primitive*. Les auteurs estiment que cette théorie est passible de grosses objections dont la principale est la rareté relative de l'infantilisme cardiaque; de plus, la cardiologie apprend que ce n'est pas l'organisme qui s'adapte au cœur, mais le muscle cardiaque qui s'adapte à l'organisme.

Dans la suite, on admet (Brissaud) *l'irrigation insuffisante du corps thyroïde*, mais cette théorie est passible des objections ci-dessus et, d'autre part, il suffit d'une parcelle de thyroïde pour maintenir l'équilibre de l'organisme.

En définitive, pour les auteurs, l'on doit rechercher la cause dans le système nerveux végétatif et les glandes endocrines. De plus, l'atteinte d'une *seule glande paraît peu probable*.

Après avoir cité diverses observations (de Klippel et Chabrol, de Chevalier-Lavaure et Voivenel) les auteurs citent une observation très détaillée d'une malade de la clinique médicale du professeur Roch et dont on fit l'autopsie. On put alors constater : une *hyperplasie légère de l'hypophyse*; une *hypoplasie de la thyroïde*; *des nodules épithéliaux hypertrophiés dans la corticale des surrénales*. Ainsi, les faits semblent indiquer vraisemblablement *l'intervention de glandes à sécrétions internes*. Il faut ajouter d'ailleurs que l'autopsie a montré, outre un rétrécissement mitral, une large communication interauriculaire, une hypoplasie de l'aorte et une anomalie dans la distribution des artères cervicales; enfin, l'intestin grêle, le gros intestin avaient des dimensions extrêmement réduites et le rein droit avait gardé sa lobulation fœtale.

La conclusion est que l'appareil endocrinien par le *caractère atténué* et diffus de ses lésions paraît déterminer l'apparition du type de l'infantilisme dystrophique au lieu du type caractéristique de l'infantilisme par lésion d'une seule glande à sécrétion interne.

D'ailleurs entre les deux groupes on trouve toutes les transitions. MARCEL LAEMMER.

ANNALES des MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX, DU NEZ ET DU PHARYNX

(*Paris*)

Tome XLIII, n° 2, Février 1924.

Leroux-Robert. ***Les applications médicales de la haute fréquence en oto-rhino-laryngologie.*** — La haute fréquence ou d'Arsonvalisation prend peu à peu droit de cité en oto-rhino-laryngologie.

A côté des applications *chirurgicales* et destructrices de la haute fréquence (fulguration, électrocoagulation diathermique) il existe des applications *médicales* sédatives et rénovatrices de ces courants, dont les résultats thérapeutiques sont des plus appréciables, et dont le nombre n'a d'égal que l'intérêt.

La méthode et les appareils sont simples à appliquer, sans risque pour le malade. L'instrumentation oto-rhino-laryngologique jusqu'alors absente ou insuffisante a été créée ou perfectionnée par l'auteur.

Avec ces courants utilisés en quantité, on obtient un effet thermique (*diathermie simple*) alors que les applications de tension ont surtout une action mécanique et ouloplasique (*effluves et étincelles de condensation*).

Leroux-Robert recherche les *effets thermiques* dans les inflammations otiques chroniques congestives ou exsudatives, à la période de présclérose ou dans les états diathésiques (*otites chroniques sèches ou avec exsudat) et dans les formes non évolutives des laryngites chroniques*.

L'*effluve* est doué de qualités sédatives (*otalgies, mastodynies, névralgies. céphalées*), vaso-motrices (*rhinorrhées réflexes et glandulaires*), décongestives (*amygdalite chronique congestive, catarrhe aigu douloureux frontal*), décongestive et kinésique (*otite sèche scléreuse avec ou sans participation de l'oreille interne.*)

L'*étincelle de condensation* est efficace sur les ulcérations atones (*ulcérations amygdaliennes.*)

L'effluve et l'étincelle combinés ont une action élective dans l'*eczéma otique ou narinaire*, même dans les cas rebelles à tout traitement classique. C'est une précieuse acquisition pour le traitement de l'*ozène*, employée depuis quatre ans par l'auteur seule ou associée aux traitements modernes (autovaccination, prothèse chirurgicale). Ces résultats sont obtenus par le jeu des effets trophiques, bactéricide, du massage vibratoire, du dégagement de l'ozone au niveau de l'électrode.

La haute fréquence médicale donne en résumé des résultats remarquables et rapides même dans certains cas où l'intervention semblait être indiquée (sinusite catarrhale). Au point de vue otique, là où elle n'amène pas la guérison, elle apporte le plus souvent une amélioration notable de l'*audition* ou un soulagement rapide des *vertiges* et *bourdonnements*.

Là où les résultats sont le moins évidents, le moins qu'on en puisse obtenir est la disparition de l'*élément douloureux*.

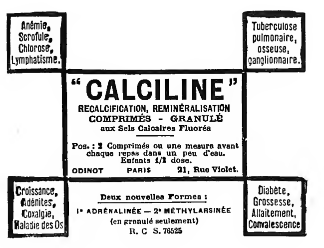
La d'Arsonvalisation, par sa facile application, la variété et l'importance de ses indications oto-rhino-laryngologiques est assurée d'un brillant avenir et mérite d'ores et déjà une place de choix parmi les méthodes nouvelles à côté de la curiethérapie et de la rœntgenthérapie. J. DUMONT.

J.-R. Pierre. ***Etude anatomo-pathologique des fibromes naso-pharyngiens.*** — Bien des points restent obscurs dans la pathogénie des fibromes naso-pharyngiens. En ce qui concerne leur structure aucune opinion définitive n'a encore été formulée. A la suite d'un examen de treize pièces provenant du service du professeur Sebileau, l'auteur a poursuivi deux ordres de recherche : 1° appréciation de la *nature* histologique exacte des fibromes naso-pharyngiens; 2° par des coupes sériées, interprétation et reconstitution du *développement* de ces tumeurs, leur origine tissulaire, leur mode d'accroissement, les modifications qu'elles subissent.

Le plus souvent la formation de fibres collagènes, épaisses, denses, régulièrement ordonnées, affirme l'*organisation* complète d'un fibrome naso-pharyngien : c'est du tissu adulte, à fibres parfaitement distinctes, dans lesquelles on trouve des fibroblastes

(1) Page n° 13 : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*


ESTOMAC-INTESTIN
GASTRITE
ENTERITE
"GastroSodine"
ODINOT, Chim., PARIS, 21, Rue Violet
3 FORMULES 3 PRESCRIPTIONS
1° GASTRO-SODINE
2° GASTRO SODINE S (Sulfatée)
3° GASTRO SODINE B (Bromurée)


Anémie, Scrofule, Chlorose, Lymphatisme.
Tuberculose pulmonaire, osseuse, ganglionnaire.
"CALCILINE"
RECALCIFICATION, REMINÉRALISATION
COMPRIMÉS - GRANULÉ
aux Sels Calcaires Fluorés
Pos. : 2 Comprimés ou une mesure avant chaque repas dans un peu d'eau. Enfants 1/2 dose.
ODINOT PARIS 21, Rue Violet.
Croissance, Adénites, Coxalgie, Maladie des Os
Deux nouvelles Formes :
1° ADRÉNALINÉE — 2° MÉTHYLARSINÉE
(en granulé seulement)
R. C. S. 76525
Diabète, Grossesse, Allaitement, Convalescence


LE "BASSIAN"
Nouveau Bassin Anatomique Breveté
ADOPTÉ DANS TOUTES LES CLINIQUES MODERNES
DÉPOT GÉNÉRAL : PARIS, 21, Rue Violet


SEL DIGESTIF
Bémecé
SPÉCIFIQUE de l'HYPÉRACIDOSE
Bicarb. de Soude. Magnésie. Carbonate de Chaux léger
lactosés & Chimiquement purs
POS. : une cuiller à café après chaque repas
ODINOT, 21, Rue Violet, PARIS

petits et peu nombreux, comme prisonniers dans les mailles du réseau. Mais on peut rencontrer d'autres aspects : fibromes pauvres en substance fondamentale, riches en éléments cellulaires, mais sans atypies ; homogénéisation de la substance fondamentale, avec cellules rares, grêles. Les *prolongements* présentent un aspect histologique particulier : infiltration séreuse, ou disparition de la fibre collagène ; les veines sont nombreuses, les artères rares, les nerfs exceptionnels.

L'activité cellulaire dans les couches superficielles du revêtement périosté de la paroi choanale est le *primum movens* dans l'*histogenèse* du fibrome.

Le fibrome naso-pharyngien ne peut jamais, primitivement du moins, en imposer histologiquement pour du *sarcome*. Une sarcomatose n'est guère possible qu'au voisinage ou au niveau de l'insertion.

Les constatations et les interprétations histologiques diffèrent radicalement entre les fibromes et les *polypes du cavum* et l'origine conjonctive des fibromes et des fibroïdes n'établit entre eux qu'une parenté de race.

Suivent cette étude, deux considérations intéressantes : régression spontanée et apparition à la puberté masculine.

La régression spontanée vers la fin de la jeunesse de l'individu peut ainsi se comprendre : le fibrome a un pouvoir d'expansion limité ; l'*assise fertile périostale* voit son activité s'éteindre après la vingtième année ; cet âge correspond à la fois au terme de la période d'ossification et à la régression spontanée des *végétations adénoïdes*, facteur étiologique souvent invoqué.

Le dernier problème demeure entier : c'est un problème étiologique. Il reste à montrer comment il appartient à la *puberté masculine*..

Robert Leroux.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

(*Paris*)

Tome 1, n° 1, Janvier 1924.

P. Masson. *Appendicite neurogène et carcinoïdes.* — Ce volumineux mémoire, très richement illustré, résume et met au point les nombreux travaux antérieurs de l'auteur sur l'appendicite chronique et sur les tumeurs de l'appendice.

En effet, sous le nom d'*appendicite neurogène*, il entend les formations nerveuses et neuro-épithéliales qu'il a découvertes dans les appendices chroniquement enflammés, et sous le nom de *carcinoïdes* (Oberndorfer), il décrit les petits carcinomes bénins de l'appendice.

Pour l'auteur, névromes et carcinoïdes appendiculaires sont tous deux des manifestations hyperplasiques d'un seul et même appareil nerveux particulier, propre à la muqueuse intestinale. Cet appareil est *neuro-épithélial* ; il doit être mis en évidence et étudié avec des techniques spéciales (que l'auteur indique) ; son élément le plus caractéristique est une *cellule granuleuse argentaffine* qui est analogue à une cellule normale des glandes de Lieberkühn, dite *cellule de Kultschitzky*.

Nous ne pouvons qu'indiquer les différents chapitres descriptifs du mémoire qui valent par la richesse des détails et qui doivent être étudiés dans le texte.

L'auteur décrit d'abord les lésions nerveuses sous-muqueuses dans les appendices perméables, puis les lésions de l'axe conjonctif des appendices oblitérés. Ce qu'on rencontre dans les deux cas, ce sont en somme des hyperneurogenèses et une grande augmentation du nombre des cellules argentaffines dans les formations nerveuses. L'auteur démontre par des figures histologiques que ces cellules argentaffines sont fournies par des bourgeonnements des glandes de Lieberkühn pénétrant dans les nerfs sous-muqueux, se détachant ensuite et migrant plus ou moins loin de la matrice épithéliale qui leur a donné naissance, c'est-à-dire des cellules de Kultschitzky. C'est la présence de ces cellules argentaffines, peut-être de nature endocrinienne, dans un névrome qui donne la mesure de son activité. Quand les cellules argentaffines disparaissent, le névrome entre en régression.

Au point de vue clinique, c'est l'inflammation appendiculaire qui cause l'hyperplasie neuro-argentaffine ; à son tour cette lésion est sans doute à l'origine des troubles douloureux et réflexes observés dans l'appendicite chronique.

Les carcinoïdes appendiculaires, encore appelés nævi appendiculaires, tumeurs endocriniennes ou petits carcinomes, sont des tumeurs qui ont été très étudiées.

Elles sont constituées par des travées de cellules épithéliales argentaffines ; leur type architectural un peu variable est ici longuement décrit et bien figuré. Dans tous les cas on peut démontrer que ces tumeurs sont des neurocarcinoïdes, des paragangliomes et que la cellule argentaffine qui les constitue provient en ligne directe des cellules argentaffines des névromes et en dernière analyse des cellules de Kultschitzky des glandes intestinales.

Il apparaît à l'auteur à la lumière de ses travaux que les relations de l'entoderme avec le système nerveux intestinal sont tout à fait intimes, génératrices pour mieux dire ; il entrevoit donc la création d'un *système neurentodermique* destiné à suppléer en partie le système sympathique intestinal. C'est le neurentoderme qui fournirait les éléments des névromes et des carcinoïdes appendiculaires.

P. Moulonguet.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

(*Paris*)

Tome XXI, n° 4, 1923.

D' Daniélopolu et A. Carniol (de Bucarest). ***Recherches pharmacologiques sur l'estomac de l'homme : action de l'adrénaline, de l'ésérine et de l'atropine sur la motilité de l'estomac.*** — D. et C. ont étudié cette action à l'aide de la méthode graphique, en introduisant les médicaments par voie intraveineuse ou par voie gastrique.

1° L'*adrénaline* injectée dans la veine produit à petite dose une exagération de la contractilité, à haute dose une inhibition. Administrée par voie gastrique, elle exagère la contractilité.

On emploie couramment l'adrénaline *per os*, soit comme agent local, soit comme médicament opothérapique. Cet emploi est illogique. En effet, comme agent local, on s'en sert pour diminuer la motilité gastrique ou pour arrêter une gastrorragie : or, l'adrénaline ne fait qu'exagérer la motilité, ce qui ne peut être que défavorable au traitement d'une hémorragie gastrique. Comme médicament opothérapique, l'inactivation de l'adrénaline dans l'estomac est si rapide que son action est illusoire. Il en est vraisemblablement de même pour les autres préparations de surrénale.

2° Le *chlorure de calcium* en injection intraveineuse produit à petite dose une exagération de la contractilité et, à haute dose, une inhibition. Administré par voie gastrique, le calcium à petite dose exagère la contractilité, à grande dose la diminue. L'action du $CaCl^2$ ne dure pas longtemps, car très probablement cette substance subit dans l'organisme certaines transformations qui rendent l'ion calcium inactif. Elle est pourtant plus durable que celle de l'adrénaline. On possède, en tout cas, dans le $CaCl^2$ employé par voie buccale et à haute dose, un bon agent inhibiteur du tube digestif.

3° Contrairement à l'opinion courante l'*ésérine* produit sur l'estomac 2 phases distinctes : une première phase d'inhibition suivie d'une seconde phase assez tardive d'exagération, ces deux phases s'expliquant par l'amphotropisme du médicament.

4° Les petites doses d'*atropine* exagèrent la contractilité et la tonicité de l'estomac, tandis que les grandes doses les diminuent. Les doses que l'on emploie en thérapeutique pour calmer la contractilité de l'estomac (ou pour relâcher le pylore) n'ont souvent aucune action inhibitrice et ne font que l'exagérer. Pour avoir une bonne inhibition, il faut employer d'assez fortes doses ou de petites doses répétées à des intervalles rapprochés. Combinée à la méthode graphique et employée en injection intraveineuse, l'atropine peut servir d'épreuve pour mesurer le tonus du vague gastrique dans les différents états pathologiques.

Toutes les substances envisagées agissent d'ailleurs sur tous les organes qui présentent des terminaisons végétatives, parfois parallèlement, mais avec un facteur local pour chaque organe.

Ces recherches démontrent les erreurs graves auxquelles on est exposé en appliquant à la lettre à la thérapeutique les résultats établis par la pharmacodynamie expérimentale. Ces erreurs proviennent, soit du fait que les doses thérapeutiques ont un tout autre effet que les doses toxiques de la pharmacodynamie expérimentale, soit, et surtout, de la réaction toute différente de l'organe malade vis-à-vis des médicaments. Les faits établis par la pharmacodynamie expérimentale ne peuvent servir que de point de départ à de nouvelles recherches faites sur l'homme malade avec des doses thérapeutiques et avec l'aide de méthodes d'étude précises comme la méthode graphique.

L. Rivet.

STRASBOURG MÉDICAL

Tome LXXXII, n° 2 19, Janvier 1924.

Eugène Gelma. ***Le psychodiagnostic de localisation des tumeurs du cerveau.*** — En dehors de l'atteinte des fonctions psychiques dans les tumeurs avec signes de localisation, les troubles mentaux peuvent être un des signes principaux traduisant l'altération des zones cérébrales dites muettes, d'où la nécessité d'un examen psychiatrique minutieux quand on soupçonne une tumeur cérébrale.

Il existe une symptomatologie psychique commune à toutes les tumeurs cérébrales et le signe le plus constant est l'obnubilation intellectuelle qui peut aller jusqu'à la torpeur et même la léthargie ; il peut exister aussi du puérilisme (Dupré) ; enfin, parfois, un état simulant la démence paralytique. Les actes anormaux sont rares.

Plus intéressant serait le psychodiagnostic de localisation qu'essaye de schématiser G. d'après les nombreux travaux parus sur les formes psychiques des tumeurs cérébrales. C'est d'abord l'individualité des troubles mentaux des tumeurs du corps calleux, particulièrement fréquents et que Raymond avait caractérisés en un syndrome fait de manque de liaison dans les idées, de bizarrerie dans les actes, d'amnésie et d'irritabilité. Les symptômes les plus souvent signalés dans les tumeurs de ce siège seraient l'apathie, la tendance invincible au sommeil, l'amnésie à type de Korsakoff, l'indifférence émotionnelle. La confusion mentale, l'apraxie, la démence seraient plus rares.

Après le corps calleux, viennent en fréquence les troubles mentaux dans les tumeurs frontales qui peuvent cependant être muettes. La symptomatologie est plus souvent très riche, soit à type de déchéance intellectuelle progressive, soit à type de troubles du caractère (irascibilité, colères, réactions violentes) ou de perversions, soit enfin à type d'excitation euphorique qui constitue le syndrome classiquement nommé « moria ». Enfin, il peut exister de la bradyphasie, de l'aphasie souvent intermittente, de la démence à type paralytique, quand les tumeurs seraient bilatérales.

Les tumeurs de la région pariéto-temporale peuvent aussi s'accompagner d'affaiblissement psychique, avec agnosie tactile dans les tumeurs pariétales, avec aphasie sensorielle dans les tumeurs temporales. Les tumeurs du lobe occipital donnent fréquemment lieu à la confusion mentale, aux délires souvent furieux, aux hallucinations visuelles qui peuvent précéder les crises convulsives.

G. donne de ces troubles mentaux une pathogénie mécanique et toxique et croit, malgré le peu de précision de ces complexus symptomatiques mentaux, à la possibilité d'établir un diagnostic de localisation par l'examen psychiatrique !

Alajouanine.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(*Lausanne-Genève*)

Tome XLIV, n° 4, Avril 1924

N. Betchov (de Genève). ***Une maladie oubliée : la phrénite.*** — La phrénite, ou diaphragmite, diaphragmatite, paraphrenitis, qui jouait un rôle appréciable dans l'ancienne médecine, ne figure plus dans les traités modernes. A l'aide de diverses observations personnelles, B. montre que cet oubli est immérité, et il individualise une *phrénite rhumatismale*, qui présente les caractères suivants :

Début en général brusque ; la maladie peut être fébrile, mais la douleur et la fièvre ne sont pas parallèles, en ce sens que le maximum thermique sera par exemple le soir, alors que souvent la douleur est plus forte le matin, ce qui est fréquent

dans les manifestations rhumatismales, exacerbées par le repos et plutôt atténuées par un exercice léger. Quand les douleurs sont bilatérales, ce signe est en faveur de la phrénite : ces douleurs siègent aux attaches du diaphragme. Il n'y a pas de dyspnée à proprement parler, bien que la réduction de l'excursion du diaphragme empêche tout effort un peu intense. La contracture du diaphragme peut survenir (Woillez). Enfin, la phrénite rhumatismale est soulagée et paraît guérir plus facilement que d'autres myosites de même nature par le traitement salicylé.

B. estime que la phrénite est assez fréquente, pas plus rare que le torticolis (essentiel), à peine moins fréquente que le lumbago. Il précise les éléments du diagnostic différentiel avec les névrites du phrénique, les péritonites, et surtout la pleurite diaphragmatique : ce dernier diagnostic sera surtout éliminé par l'absence de toute constatation positive, stéthoscopique ou radiologique. L. Rivet.

MONATSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

(*Leipzig*)

Tome XXVII, fasc. 6, Mars 1924.

Herbert Schönfeld (de Leipzig). ***De l'influence de la varicelle sur la sensibilité de la peau à la tuberculine.*** — En outre de la rougeole on peut rencontrer certains états infectieux qui diminuent la sensibilité de la peau à la tuberculine. La varicelle notamment, d'après Hamburger, aurait cette propriété.

H. S. a repris ces recherches et a étudié les réactions cutanées à la tuberculine chez 8 enfants atteints de varicelle. Il constata dans 1 cas une disparition complète de la cuti-réaction, dans 2 cas une diminution très notable de la sensibilité cutanée, dans 2 autres cas une diminution très modérée. Dans les 3 derniers cas la varicelle ne modifia en rien les réactions habituelles à la tuberculine. H. S. conclut de cette série d'observations que le retentissement de la varicelle sur la sensibilité cutanée à la tuberculine n'est aucunement comparable à celui de la rougeole.

G. Schreiber.

Maria Lederer (de Heidelberg). ***Recherches sur la teneur du sérum en albumine, la rapidité de sédimentation du sang et la teneur en lipase du sang normal (status hémoclinique).*** — Depuis deux ans le « status hémoclinique » est recherché couramment à la Clinique infantile de Heidelberg (Dr Moro). Ce « status », ainsi dénommé par Asal et Falkenheim, comprend les divers examens ci-dessus mentionnés. Le professeur Moro et ses élèves l'ont étudié à plusieurs reprises sur plus de 200 sujets et notamment au cours de l'an dernier chez tous les enfants tuberculeux ou présentant une réaction positive à la tuberculine. Ils pensent, en effet, que cette épreuve peut rendre de grands services pour apprécier l'activité éventuelle d'un processus tuberculeux et son degré de gravité.

Dans le présent travail M. L. n'a poursuivi ses recherches que sur des enfants sains, présentant une cuti-réaction négative et n'ayant pas de fièvre.

Après avoir rappelé d'une façon détaillée la technique suivie pour le prélèvement du sang et pour la pratique de chacune des trois épreuves, M. L. indique les chiffres qui peuvent être considérés comme normaux, chiffres variables suivant l'âge des enfants.

La *teneur du sérum en albumine* est de 5 pour 100 en moyenne au-dessous de 3 mois. De 3 mois à 2 ans elle atteint 5,5 à 6,5 pour 100 ; de 2 à 6 ans 6,5 à 7,8 pour 100 ; de 6 à 14 ans 7,5 à 8,2 pour 100.

La *lipase sanguine* est en quantité faible chez les prématurés Dans 3 cas l'épreuve de Rona et Michaelis, simplifiée par Gottlieb et Falkenheim, ne donna un résultat qu'au bout de 48, 57 et 64 minutes. Chez le nourrisson de moins de 3 mois l'épreuve demande en moyenne 40 minutes; chez les enfants plus âgés, 30 minutes.

La *rapidité de sédimentation des globules rouges* varie suivant l'âge. Très lente pendant les 2 premiers mois, elle est ensuite de 1 heure 1/2 jusqu'à 2 ans. Elle demande 1 à 2 heures de plus jusqu'à 3 ou 4 ans ; puis elle n'est plus que de 2 heures à 5 et 6 ans. Après 10 ans les chiffres se rapprochent de ceux de l'âge adulte : 4 à 6 heures pour la femme; 6 à 8 heures pour l'homme.

Au printemps le temps de sédimentation des globules rouges fut souvent trouvé abaissé de plus d'une heure, sans que des symptômes cliniques aient pu être décelés pour expliquer cette modification. M. L. en conclut que la stabilité colloïdale est différente suivant les saisons. G. Schreiber.

Tome XXVIII, fasc. 1, Avril.

G Török (de Szeged). ***Recherches sur la labilité du plasma chez des nourrissons malades.*** — La nature colloïdale du plasma sanguin et du sérum a incité de nombreux auteurs à suivre l'évolution de divers processus morbides à l'aide d'épreuves colloïdo-chimiques : réaction de sédimentation des globules rouges, réactions de Sachs-Œttingen, de Daranyi, de Fritsch-Starlinger, de Mateffy, de Gerloczy. C'est cette dernière réaction que T. a utilisée pour étudier l'état colloïdal du plasma sanguin chez 18 nouveau-nés et 83 nourrissons.

T. donne la préférence à la *méthode de Gerloczy* en raison de sa simplicité et du fait que la lecture des résultats échappe à toute erreur subjective. Gerloczy a montré que le plasma d'adultes sains ne subit aucune floculation au cours de ses expériences, tandis que dans la tuberculose, les tumeurs malignes, les affections graves du rein, une floculation notable du plasma se produit déjà à 52, 53° dans tous les tubes ; de même dans les pleurésies, les pneumonies, et les polyarthrites. Le plasma des femmes enceintes, des syphilitiques, des artérioscléreux ne donne une floculation qu'à des températures plus élevées (53, 54°) et seulement dans les 4 premiers tubes.

La technique de la réaction de Gerloczy est la suivante : on verse dans un tube à centrifuger 7,5 cmc. de sang et 1,5 cmc. de citrate de soude à 5 pour 100. Après centrifugation on prélève le plasma et dans chaque tube on verse 0,3 cmc. de ce plasma et 0,3 cmc. d'une solution saline isotonique différente : K^2SO^4 à 2,54 pour 100 dans le premier tube; KCl à 1,08 pour 100 dans le second, KBr à 1,73 pour 100 dans le troisième et ensuite dans les autres tubes : KNO^3 (1,47 pour 100), KI (2,42 pour 100) KSCN, (1,41 pour 100). Les tubes sont bien agités puis mis dans un bain-marie dont la température d'abord de 50° est ensuite élevée d'un degré toutes les trois minutes. La production dans les tubes d'une floculation véritable indique seule une réaction positive. Un simple trouble, une opalescence n'ont pas la même signification.

On peut obtenir des résultats aussi précis en utilisant des doses plus faibles de plasma et de solutions salines que celles indiquées par Gerloczy. T. chez les nourrissons n'a ajouté à 1 cmc de citrate que 5 cmc de sang prélevé par ponction du sinus ; chaque tube ne contenait que 0,2 cmc de plasma et de solution saline.

T a constaté que chez quelques nouveau-nés la réaction de plasmalabilité de Gerloczy était positive et surtout accentuée du 3e au 4e jour, ce qui est peut-être dû à la destruction des globules blancs.

Chez les nourrissons sains la réaction est négative.

Les infections parentérales modifient moins l'état colloïde du plasma chez les nourrissons au sein que chez ceux allaités artificiellement, moins chez les nourrissons plus âgés que chez les plus jeunes.

Parmi les infections parentérales, l'angine, la rhinite n'entraînent aucune modification du plasma. Les réactions sont modérées dans la bronchite fébrile, très accentuées dans la pneumonie, les suppurations, de même que dans certaines maladies de la peau : pemphigus des nouveau-nés, maladie de Ritter et de Leiner.

La réaction est positive dans la tuberculose et dans la syphilis, négative dans le rachitisme et la diathèse exsudative. Elle est négative au cours des troubles digestifs bénins, positive au cours des troubles digestifs sévères. G. Schreiber.

J. Duzard et St Rusznyak (de Budapest). ***La signification des parcelles albuminoïdes du plasma sanguin chez le nourrisson.*** — Les recherches ont porté sur 110 sujets. Après huit heures de sommeil, on faisait absorber aux nourrissons à 5 heures une tasse de thé léger. Le prélèvement du sang était effectué à 9 heures, juste avant le repas suivant, au moyen d'une ponction du sinus longitudinal.

Une partie du sang prélevé (4 cmc) était mise à part pour l'obtention du sérum. L'autre partie (6 cmc) bien mélangée à 1,5 cmc d'une solution de citrate de soude à 5 pour 100 était versée pour une part dans 2 tubes de Linzenmeyer et pour l'autre soumise à une forte centrifugation après six heures de séjour à la glacière. Le plasma obtenu de la sorte était utilisé pour le dosage quantitatif des parcelles albuminoïdes au moyen de la méthode néphélométrique de R. et pour la recherche des réactions de Gerloczy, de Fritsch-Starlinger. La teneur en albumine était établie à l'aide du réfractomètre d'Abbe. Le sérum, d'autre part, était utilisé pour la recherche de la réaction de Daranyi légèrement modifiée.

Ces différentes épreuves ont permis à D. et R. de constater que le sang du nourrisson normal présente des caractères constants et qu'il est modifié d'une façon régulière par l'âge et par les maladies. Ils estiment que de plus amples recherches dans cet ordre d'idées offrent un grand intérêt non seulement au point de vue du diagnostic et du pronostic, mais qu'elles permettront d'éclairer de nombreuses questions de la pathologie. G. Schreiber.

PRAKTITCHESKY VRATCH

Tome XX, nº 4, Avril 1924.

A. M. Virchoubsky (de Vilna). ***La valeur diagnostique des douleurs dans l'encéphalite léthargique.*** — Il est des cas d'encéphalite épidémique où les phénomènes douloureux dominent le tableau clinique, au point de rendre le diagnostic particulièrement malaisé. Léri, Sicard [que V. ne cite point], Stern ont publié des faits de ce genre, et, plus récemment, Stertz en a aussi relaté 3 exemples (voir *La Presse Médicale*, 14 Juillet 1923, analyses, p. 81). De son côté, V. a eu l'occasion d'observer une série de cas analogues. Il donne la description de 2 d'entre eux.

Le premier avait trait à un homme de 64 ans, qui, depuis une quinzaine de jours, se plaignait de douleurs très violentes, localisées dans diverses parties du corps et surtout au sacrum, et qui furent d'abord considérées comme étant de nature rhumatismale. Appelé en consultation, V. rejeta le diagnostic de rhumatisme et celui de polynévrite. Comme, malgré la température à peu près normale (37°3), le patient produisait l'impression d'un malade gravement atteint, V. estima que les douleurs n'étaient pas d'origine locale, mais reconnaissaient pour cause une affection générale, peut-être une encéphalite au début. Deux jours après, ce diagnostic se trouvait confirmé par la rigidité de la nuque et la contracture des muscles extenseurs de la jambe gauche. Le malade succomba 3 jours plus tard.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une femme de 32 ans, qui, elle aussi, se plaignait de douleurs extrêmement pénibles. Elle suivait, depuis 5 jours, un traitement par l'électricité, lorsque, au cours de la 5e séance, elle éprouva un malaise. Rentrée chez elle, elle fut prise de fièvre et de nausées. Appelé à la voir le lendemain, V. constata de l'inégalité pupillaire et de la somnolence. Le diagnostic de l'encéphalite léthargique s'imposait. La malade succomba le jour suivant.

En se basant sur ces 2 cas, ainsi que sur une série d'observations analogues, V. conclut que l'encéphalite épidémique peut, dans sa période initiale, ne se manifester que par des douleurs. Ces douleurs, d'origine centrale (hyperémie ou état œdémateux des méninges, hypertension du liquide céphalo-rachidien, etc.), sont parfois très accentuées et rebelles. Elles présentent cette particularité de ne pas subir d'exacerbation à la percussion, ni à la pression.

Généralement, ces phénomènes douloureux s'atténuent au cours de l'évolution ultérieure de l'encéphalite, lorsque le tableau clinique est dominé par les manifestations d'hyperkinésie. Mais on observe aussi des cas où ces douleurs restent très tenaces, et V. a vu des encéphalitiques chez lesquels les douleurs persistaient depuis 18 mois, alors que, sous tous les autres rapports, ils paraissaient guéris.

L. Cheinisse.

EKATERINOSLAVSKY MÉDITZINSKY JOURNAL

Tome III, nos 3-4, 1924.

N. I. Schwartz (de Pétrograd). ***Nouvelles données tonométriques au sujet du cœur périphérique.*** — S. rapporte 3 cas observés dans le service du professeur M. V. Yanovsky et qui viennent à l'appui de la théorie du « cœur périphérique ».

Dans le premier, il s'agissait d'une insuffisance aortique, avec broncho-pneumonie et insuffisance cardiaque. A l'examen de la pression artérielle, on

remarquait que, dans les artères des doigts, la pression égalait presque la pression maxima dans l'artère humérale, au lieu d'être égale à la pression diastolique dans cette artère. Fait plus frappant encore, quand on mesurait, à l'aide du tonomètre de Gaertner, la pression dans les artères des doigts, tout en comprimant graduellement l'artère humérale avec la manchette de l'appareil de Riva-Rocci, on constatait qu'au lieu de baisser, la pression dans les artères des doigts subissait, au contraire, une élévation considérable, dépassant de beaucoup la pression maxima de l'artère humérale.

Ce phénomène ne saurait être expliqué autrement que par des contractions péristaltiques de la musculature lisse des artères, contractions qui s'accentuent sous l'influence du rétrécissement des vaisseaux, tout comme en cas de sténose de l'intestin on voit augmenter le péristaltisme intestinal.

Dans les deux autres cas, où l'on avait affaire à un cancer de l'œsophage et à une hémiplégie gauche consécutive à une blessure de la tête par balle, on a également enregistré des données tonométriques (différence entre la pression artérielle du membre malade et du membre sain, etc.) qui, paradoxales au point de vue des théories généralement admises sur la circulation, se laissaient, au contraire, parfaitement interpréter par la théorie du « cœur périphérique ».

Le fonctionnement de ce cœur périphérique s'accentue dans des cas relativement rares, notamment dans l'insuffisance des valvules aortiques.

Ajoutons que, dans le troisième cas relaté par S., l'hypertension du côté du bras malade existait déjà depuis trois ans, saus qu'il y eût, cependant, sclérose des artères de ce bras. L'hypertension ne semble donc pas entraîner fatalement l'artériosclérose.

L. Cheinisse.

S. V. Rybinsky (de Kiev). ***Sur la fréquence des lésions du rein dans le typhus exanthématique.*** — Les auteurs étant loin d'être d'accord sur le degré de fréquence des troubles rénaux au cours du typhus exanthématique, R. a examiné à cet égard 87 typhiques traités à l'hôpital évangélique de la Croix-Rouge ukrainienne.

Sur ces 87 malades, 55 (c'est-à-dire 63,2 pour 100) ont présenté de l'albuminurie. Dans la grande majorité des cas, il n'existait, il est vrai, que des traces d'albumine; chez 15 patients seulement, on notait de 0,01 à 0,05 pour 100 d'albumine.

Comme le montre le tableau suivant, l'albuminurie s'observe surtout du 6e au 11e jour de la maladie, c'est-à-dire avant la crise de défervescence, qui, dans 71,4 pour 100 de cas, se produit entre le 10e et le 14e jour.

Jours de la maladie	Albumine +	Albumine —	Albumine Total	Cylindres Hyalins	Cylindres Epithéliaux	Cylindres Granuleux	Cylindroïdes	Hématies	Épithélium rénal	Pas d'éléments organisés
4e-5e . . .	4	3	7	2	1	1	—	1	2	1
6e-7e . . .	12	5	17	5	—	4	2	1	7	3
8e-9e . . .	17	7	24	7	—	8	—	2	4	5
10e-11e. . .	13	4	17	6	—	6	2	5	8	1
12e-13e. . .	3	3	6	—	—	1	—	—	1	1
14e-16e. . .	3	5	8	—	—	—	—	—	—	3
17e-20e. . .	3	5	8	2	1	2	—	—	2	—
Totaux . .	55	32	87	22	2	22	4	9	24	14

Après la crise de défervescence, l'albuminurie disparait rapidement.

Dans 14 cas (sur 55 albuminuries), il fut impossible de déceler la présence d'éléments organisés, ce qui indique que la décompensation rénale y était tout à fait à la phase initiale.

L. Cheinisse.

Prof. I. I. Kazas (de Ekaterinoslav). ***Rétinite pigmentaire et syphilis.*** — On a voulu faire jouer, dans l'étiologie de la rétinite pigmentaire, un rôle important à la consanguinité des parents. Si cette théorie était vraie, la rétinite pigmentaire devrait constituer une maladie propre aux peuples parmi lesquels les mariages entre consanguins sont le plus répandus et faire défaut, au contraire, chez les nations n'admettant point de pareils mariages. Or, il n'en est rien en réalité. Comme preuves à l'appui, K. indique d'abord ce fait qu'exerçant, depuis dix ans, au milieu d'une population juive, il n'a pas pu constater chez les juifs une fréquence plus grande de la rétinite pigmentaire que chez les chrétiens, cela malgré la prédominance de l'élément juif dans la population et bien que les juifs aient généralement plus volontiers recours au médecin que les chrétiens. Ce qui est plus frappant encore, c'est l'absence de rétinite pigmentaire chez les caraïtes, alors que les mariages entre parents et la consanguinité sont chez eux extrêmement courants. Par contre, la rétinite pigmentaire est très fréquente parmi les Hindous, auxquels leur religion interdit rigoureusement le mariage même entre parents éloignés.

Ce qu'il faut surtout incriminer dans l'étiologie de la rétinite pigmentaire, c'est la syphilis héréditaire.

Le traumatisme peut, toutefois, jouer parfois un rôle étiologique, et, pour sa part, K. a pu observer, pendant la guerre, 3 blessés chez lesquels, sous l'influence d'un traumatisme violent des régions avoisinant l'œil, on a vu se développer, respectivement au bout de 17, 35 et 44 jours, le tableau typique de rétinite pigmentaire.

Il se peut, d'ailleurs, que le traumatisme contribue simplement à favoriser l'éclosion d'un processus spécifique.

L. Cheinisse.

POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNETRZNEJ

(*Varsovie*)

Tome 1, fasc. 1, 1923.

Prof. A. Gluzinski (de Varsovie). ***Sur le diagnostic de la syphilis pulmonaire.*** — Chez l'adulte, les pneumopathies syphilitiques sont généralement du domaine de la syphilis acquise. Ce sont, le plus souvent, des manifestations tertiaires, survenant de 2 à 5 ans et jusqu'à 20 ans après l'accident primaire.

L'examen physique et radiologique ne permet pas de les distinguer d'avec les affections analogues d'une autre origine. Le diagnostic différentiel d'avec la tuberculose est d'autant plus malaisé que les bacilles de Koch font souvent défaut dans l'expectoration de tuberculeux et que la réaction de Bordet-Wassermann peut être négative chez un syphilitique.

Toutefois, G. fait remarquer que la syphilis pulmonaire a une certaine tendance à se localiser d'un seul côté, de préférence du côté droit. Ce sont surtout les parties moyennes du poumon qui sont atteintes, les lésions tendant à progresser vers les lobes inférieurs.

Ce qui, dans des cas particulièrement difficiles, peut mettre le clinicien sur la voie du diagnostic, c'est la coexistence d'une tuméfaction du foie et de la rate. Il s'agit alors, non pas d'une hépatite gommeuse, comme on l'admet généralement, mais d'une hépatite diffuse. Le foie est gros, dur et lisse, et il en est de même pour la rate. Le malade se plaint de douleurs du côté droit ou gauche (périhépatite ou périsplénite); on constate des troubles dans le domaine de la veine porte, parfois de l'ictère, des modifications du sang à type chlorotique, de la fièvre.

G. relate 4 cas de syphilis pulmonaire grave, où la tuméfaction du foie et de la rate a permis d'établir le diagnostic et d'appliquer le traitement spécifique avec d'excellents résultats.

Cliniquement, le 1er de ces cas se présentait comme une bronchite et péribronchite chronique avec cavernes bronchiectasiques; dans le 2e, on avait affaire à de l'emphysème pulmonaire avec bronchite chronique et asthme; dans le 3e, on se trouvait en présence d'une tumeur du médiastin; dans le 4e, la fièvre et des douleurs du côté avaient fait soupçonner le paludisme.

L. Cheinisse.

W. Filinski et W. Proszowski (de Varsovie). ***Recherches sur les divers procédés pour reconnaître l'insuffisance hépatique.*** — En se basant sur une série de recherches instituées dans le service du professeur A. Gluzinski, F. et P. croient pouvoir conclure que la glycosurie expérimentale, l'épreuve biliaire et l'épreuve hémoclasique donnent fréquemment des résultats négatifs dans des cas non douteux d'affection du foie et fournissent, par contre, des résultats positifs en l'absence de toute lésion hépatique.

L'épreuve de la surcharge du foie par de l'acide lactique n'a pas une valeur constante, le résultat positif ne se manifestant que dans un certain nombre de cas.

La chromochloroscopie, proposée dans ces dernières années par Rosenthal et von Falkenhausen, est un procédé imparfait et qui comporte beaucoup de causes d'erreur.

L'ammoniurie expérimentale est trop pénible pour le malade.

Par contre, l'urobilinogénurie après surcharge du foie par hydrates de carbone constitue un moyen certain et facile de constater l'insuffisance hépatique. Cette épreuve donne des résultats positifs dans toutes les affections du foie, sauf l'occlusion totale du cholédoque.

D'autre part, la détermination du taux de la globuline dans le sérum sanguin permet d'apprécier quantitativement l'insuffisance hépatique, ce taux augmentant en raison directe du degré de gravité de l'atteinte du foie.

L. Cheinisse.

Prof. W. Orlowski (de Cracovie). ***Recherches sur la cholestérinémie.*** — Le présent travail comprend une partie méthodologique (valeur comparée des diverses méthodes de dosage de la cholestérine dans le sérum sanguin, dans les exsudats et transsudats) et une partie clinique. Celle-ci est basée sur 260 cas, dont 70 maladies infectieuses aiguës, 36 cas de tuberculose, 60 cas de maladies des reins, 52 cas de maladies du foie (40 lithiases biliaires), 16 cas d'affection de l'estomac ou de l'intestin, etc.

Il résulte de ces observations que la fièvre n'exerce aucune influence sur la cholestérinémie au cours de la grippe, des angines et du paludisme aigu.

La fièvre typhoïde, la fièvre récurrente, la pneumonie et l'érysipèle déterminent de l'hypocholestérinémie. Toutefois, dans le stade amphibole de la dothiénentérie, O. a constaté aussi une teneur en cholestérine normale ou même supérieure à la normale.

Dans la tuberculose, O. n'a pas noté de modifications pathologiques du taux de la cholestérine, sauf dans les formes cachectiques, où il existe une hypocholestérinémie considérable, due à l'alimentation défectueuse par suite de l'anorexie.

Dans les maladies du foie, en particulier dans celles à évolution aiguë, O. a trouvé de l'hypercholestérinémie.

Dans les maladies des reins, le taux de la cholestérine était normal ou supérieur à la normale; parfois il existait, cependant, de l'hypocholestérinémie. La cholestérinémie était, d'ailleurs, indépendante du degré de l'albuminurie et de la pression sanguine.

D'après O., l'hypercholestérinémie des néphritiques serait due à l'insuffisance rénale. Sur 21 cas d'urémie, 18 (c'est-à-dire 86 pour 100) présentaient une hypercholestérinémie variant de 2,1 à 4,2 p. 1000. O. serait enclin à croire que la cholestérine est appelée à neutraliser les substances toxiques dans l'organisme des urémiques.

L. Cheinisse.

E. Reicher (de Varsovie). ***Observations sur la sédimentation des globules rouges du sang.*** — Les recherches entreprises par R. dans le service du professeur Gluzinski ont porté sur 106 sujets, bien portants ou atteints d'affections diverses.

Elles ont montré que, chez les femmes d'âge moyen, la sédimentation varie de 5 à 16 mm. par heure. Chez les hommes, elle est plus faible.

Entre 50 et 75 ans, la sédimentation devient accélérée, et cela aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Dans le paludisme, la sédimentation est accélérée, indépendamment d'ailleurs du degré de la fièvre.

Chez les tuberculeux, cette accélération est d'autant plus forte que le processus est plus avancé. Là encore, le degré d'hyperthermie ne joue aucun rôle. Dans les formes initiales, la sédimentation peut rester normale.

Dans les maladies du sang, notamment dans celles qui se caractérisent par une diminution du taux des globules rouges, la sédimentation est accélérée.

Il en est de même dans les ictères, surtout lorsque ceux-ci sont causés par des néoplasmes (cependant, dans un cas d'ictère par atrophie aiguë du foie, la sédimentation se montra ralentie).

Dans les cardiopathies, la sédimentation est plutôt ralentie, surtout lorsqu'elles sont accompagnées de troubles de la circulation.

L. Cheinisse.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIV, n° 6, 9 Février 1924.

Prof. Fernand Bezançon et André Philibert. ***L'allergie tuberculinique et le problème du terrain dans la tuberculose.*** — Dans cet important mémoire, B. et P. étudient sous toutes ses faces le problème du terrain dans la tuberculose.

Ils font tout d'abord un exposé critique du concept bactériologique du terrain dans la tuberculose. Ils opposent notamment l'état anergique du nourrisson ou de l'adulte sauvage, n'ayant pas subi antérieurement de contamination *a minima*, à l'état allergique, l'état de résistance relative des enfants plus grands, adolescents et adultes, citadins surtout, ayant subi des contaminations *a minima* dans la petite enfance.

Toutefois, la clinique ne fournit pas toujours la preuve qu'une première manifestation ait entraîné un certain degré d'immunité. L'expérimentation offre-t-elle des données plus solides ?

Le *phénomène de Koch* n'a été bien étudié que chez le cobaye, et il faut se garder de toute généralisation hâtive. Il signifie simplement que le cobaye tuberculeux a acquis une résistance extrême, vis-à-vis de bacilles venus du dehors, à une surinfection, mais l'infection tuberculeuse première du cobaye continue progressivement sans répit jusqu'à la mort. On n'a donc pas le droit de généraliser, comme on l'a fait souvent, les faits observés avec ce qui se passe dans l'organisme en cas d'auto-réinfection, par exemple lorsqu'il se produira un réveil d'une tuberculose jusque-là latente.

La résistance à la réinfection peut s'observer aussi chez les animaux pour lesquels a été tentée une *vaccination*. Mais cette résistance à l'hétéro-infection ne saurait être confondue avec l'immunité bactérienne banale. Elle ne persiste en effet que tant que persiste dans l'organisme un foyer bacillaire présentant des bacilles en activité. Mais si l'on passe à la clinique, on voit que la tuberculose, bien que le plus souvent contractée dans l'enfance, n'évolue souvent qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte, bien que les surinfections soient rares. Le problème revient donc à rechercher les causes des réveils des tuberculoses latentes.

Ce réveil doit s'expliquer bactériologiquement par la disparition de l'état d'allergie, par le retour à l'état d'anergie. C'est ce qu'on a pu constater dans beaucoup d'états pathologiques au cours desquels peut se voir un réveil de tuberculose (maladies infectieuses, grossesse, accouchement, menstruation, etc.). L'anergie tuberculinique accompagne fréquemment certaines infections et états physiologiques au cours desquels on observe souvent un réveil de tuberculoses latentes.

Mais l'état allergique, comme le phénomène de Koch, ne traduisent que la résistance à la réinfection tuberculeuse hétérogène, et non la résistance à l'infection tuberculeuse elle-même, à la primo-infection, qui dans certains cas va évoluer tout d'une traite, dans d'autres subir alternativement des réveils ou des latences. La réaction à la tuberculine n'est pas, comme on l'a dit, le témoin d'un état allergique, mais tout simplement le témoin d'un état de tuberculose, comme les réactions d'agglutination ou de fixation dans la fièvre typhoïde sont non des réactions d'immunité, mais des réactions d'infection.

L'importance trop grande donnée à l'allergie dans la tuberculose a faussé notre conception récente de cette maladie, elle a fait jouer aux phénomènes d'immunité une importance qu'ils n'ont pas et nous a conduits à une impasse. Sans doute, une des particularités du tuberculeux est d'être sensible à la tuberculine, mais cette hypersensibilité s'étend à beaucoup d'autres substances, à toutes les protéines, aux injections salines, au choc. L'hypersensibilité à la tuberculine n'est qu'un tout petit point de l'histoire de la tuberculose, et la preuve en est qu'on peut désensibiliser les cobayes à la tuberculine et leur faire supporter des doses énormes de celle-ci sans modifier en rien l'évolution de leur tuberculose.

Le problème du plus ou moins de développement de la tuberculose selon les conditions de réceptivité de l'organisme est plus complexe, et B. et P. présentent un certain nombre de ses éléments : rôle de l'espèce, rôle de la race, rôle de l'hérédité de prédisposition, rôle de l'âge, rôle du sexe, rôle du tempérament. Dans les études sur le métabolisme basal et l'hypersympathicotonie, il semble qu'on ait souvent pris des effets pour des causes. Le problème comporte encore bien des inconnues et des incertitudes.

Au point de vue de la thérapeutique spécifique de la tuberculose, nous sommes actuellement en plein désarroi. La notion d'allergie, en effet, conduisait la thérapeutique vers la vaccination : or celle-ci n'a donné jusqu'ici aucun résultat pratique. Si l'on doit continuer les recherches dans la voie de la vaccination, c'est donc avec d'autres méthodes que celles qui consistent à injecter des bacilles acido-résistants vivants.

Quant aux méthodes de désensibilisation par accoutumance à la tuberculine, elles n'ont qu'un rôle tout à fait accessoire dans le traitement de la tuberculose et elles ne peuvent que diminuer la sensibilité à certains symptômes. Si l'emploi de la tuberculine est à conserver dans le traitement de certaines tuberculoses locales, c'est avec l'intention de chercher à obtenir des réactions locales et des remaniements de foyers.

Le rôle du médecin doit consister à empêcher la contagion et, quand celle-ci s'est produite, à régler l'hygiène du tuberculisé de façon à empêcher les réveils de tuberculoses latentes qui sont le grand danger de la maladie. L. Rivet.

BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

Tome XXXVIII, n° 16, 16-19 Avril 1924.

Prof. Jeanselme et Giraudeau (de Paris). ***Radiodermites.*** — Ce travail débute par une étude sur la physique des rayons X qui est un résumé concis à l'usage des non-initiés et sur lequel nous n'insistons pas.

Les rayons X ont des actions différentes suivant la dose : à faible dose ils produisent un effet excitant, à dose forte ils déterminent une maladie de la cellule pouvant aboutir à la destruction de celle-ci.

Le mécanisme de cette maladie paraît résider dans une altération du noyau cellulaire portant sur les éléments *geno septeurs*, c'est-à-dire *reproducteurs*. Bergonié et Tribondeau ont résumé l'action des rayons en disant : « les cellules sont d'autant plus sensibles qu'elles sont plus jeunes, que leur développement cariokynétique est plus actif et leur morphologie moins fixe » ; l'irradiation de la peau altère surtout la couche basale reproductrice de la peau ; l'épithélium vasculaire, les glandes à fonctionnement intense sont plus facilement atteintes que les autres tissus ; les cellules à développement rapide et anarchique des néoplasmes sont particulièrement sensibles.

En clinique, il y a à considérer une forme aiguë et une forme chronique.

La radiodermite *aiguë* débute après une période latente de quelques jours et de durée variable (elle ne doit pas être confondue avec un érythème qui se produit quelquefois un très petit nombre d'heures après l'irradiation — pré-réaction — et qui n'a pas de valeur pronostique).

Elle peut atteindre différents degrés : érythème léger avec prurit, érythème avec tuméfaction ressemblant à l'érysipèle. Ces accidents peuvent être passagers ou n'entrer en résolution qu'après 2 ou 3 semaines et se terminer par de la desquamation avec dépilation passagère. Mais si la dose a été plus forte, les lésions s'accentuent : tuméfaction, vésicules, phlyctènes, douleurs très intenses ; si les choses en restent là, au bout d'un temps variable la guérison se produit avec dépilation définitive et pigmentation. Mais dans les formes plus graves, il se produit des ulcérations, la peau se mortifie, il y a des escarres allant à une profondeur variable, les douleurs sont intenses et rebelles à toute thérapeutique. La cicatrisation, souvent coupée de rechutes, est extrêmement lente ; il reste des séquelles indélébiles : peau atrophique, disparition des glandes sébacées et sudoripares, fines télangiectasies, zones d'achromie et zone d'hyperchromie. Ultérieurement, sur cette peau malade et mal irriguée se montrent de petits papillomes qui peuvent, à la longue, subir une dégénérescence.

On a vu plus particulièrement des radiodermites quand les appareils, ayant une puissance faible, débitaient seulement des rayons peu pénétrants que la peau arrêtait presque en totalité ; on en constate encore quand l'ampoule « molissant » au cours d'une séance, on applique, sans s'en rendre compte, des rayons sans pouvoir de pénétration agissant uniquement sur la peau.

Dans les applications modernes, pour le traitement des organes profonds (rayons bien pénétrants et bien filtrés), la peau est beaucoup moins intéressée parce qu'elle absorbe peu du rayonnement qui la traverse ; avec les très fortes doses, les réactions s'arrêtent au stade d'ulcérations très superficielles et peu douloureuses (radio-épidermite), mais tardivement on peut constater des télangiectasies et de l'atrophie cutanée. La radiodermite *chronique* est produite par la répétition des doses faibles ; il s'établit peu à peu un tableau semblable à celui des séquelles de radiodermite grave.

Le traitement de certaines affections : *hyperidrose*, *granulosis rubra nasi*, etc., a pour base une radiodermite légère atrophiant certains éléments de la peau ; le traitement de la teigne consiste à faire tomber momentanément les cheveux dans une poussée légère de radiodermite aiguë. Il faut remarquer que si la dépilation passagère est, au cuir chevelu, obtenue facilement et presque sans autre réaction, la chute des poils d'autres régions ne s'obtient qu'au prix d'une irritation bien plus marquée, et que la chute définitive sans repousse ne s'obtient que conjointement à une atrophie des autres éléments cutanés ; les rayons X ne sont donc pas un traitement satisfaisant de l'hypertrichose.

Les radiodermites tiennent : 1° à un excès de dose en une fois, ou à une répétition trop fréquente de doses tolérables ; la peau qui a été le siège d'une radiodermite reste définitivement sensibilisée ; 2° à une erreur dans la *qualité* du rayonnement (dans le traitement des dermatoses où les rayons sont peu ou pas filtrés) ; 3° à l'étendue de la surface irradiée ; plus la surface est grande, plus facile est la radiodermite ; 4° à la sensibilité variable des tissus normaux, suivant leur constitution histologique et suivant les régions, et des tissus pathologiques. J. et G. donnent sur ce sujet deux tableaux indiquant les sensibilités relatives ; 5° à la sensibilité variable de l'individu, en particulier, suivant l'âge ; 6° à une sensibilité spéciale à certains états : le cuir chevelu sain perd ses poils sans réaction marquée, mais les poils dans le sycosis ne tombent que s'il y a réaction marquée. La peau des basedowiens est très sensible.

J. et G. concluent que si on ne doit pas risquer une radiodermite pour guérir une affection bénigne, en revanche, en face d'une maladie très grave « l'imprudence serait la crainte exagérée d'une réaction » ; une dose insuffisante peut alors avoir des effets nocifs, tandis qu'un certain degré de radiodermite peut être la rançon d'une guérison inespérée.

A. Laquerrière.

N° 19, 7 et 10 Mai 1924.

Gaston Lyon. ***Les asthénies.*** — La découverte des propriétés des surrénales a peut-être conduit certains cliniciens à des généralisations excessives, car rien n'autorise à rattacher toutes les asthénies à une insuffisance fonctionnelle de ces glandes.

Certains sujets naissent « fatigués » et demeurent fatigués au cours de leur existence : c'est donc qu'une influence héréditaire a créé et perpétué l'état de fatigue. Il faut rechercher dans leur hérédité la syphilis, la tuberculose, et autres facteurs dyscrasiques susceptibles de préparer le terrain nerveux et d'engendrer des troubles glandulaires suivant la conception d'Hutinel.

Dans les antécédents personnels, on recherchera les infections, intoxications, le diabète. Et l'on étudiera les troubles organiques ou fonctionnels concomitants et qui créent des types cliniques multiples, dont L. décrit les principaux, en insistant notamment sur les asthénies endocriniennes et les asthénies des neurasthéniques.

Le traitement doit se guider autant que possible sur l'étiologie et la pathogénie. Asthénie n'est pas synonyme de médication surrénale : les médications doivent être subordonnées à chaque cas particulier.

Chez les épuisés nerveux, on associera aux prescriptions hygiéniques la médication phosphorée, les phosphates, l'arsenic; chez les tuberculeux, la médication reminéralisante, avec adrénaline; les asthénies purement nerveuses relèvent de la strychnine; les asthénies relevant d'une cause bien déterminée (syphilis, artériosclérose, anémies, leucémies, troubles endocriniens, maladie de Banti) relèvent du traitement de l'affection causale. Nombre d'asthéniques sont des ptosés pour lesquels s'imposent repos au lit, réalimentation, gymnastique abdominale, ceinture.

L. Rivet.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (Paris)

Tom VC, 10 Mai 1924, 9e Cahier.

L. Brocq. *La valeur pratique de la réaction de Bordet-Wassermann.* — Toutes les fois que B. a eu recours, dans des cas difficiles, à la réaction de floculation de Vernes, cette réaction lui a donné des résultats concordant avec les résultats d'une analyse clinique minutieuse. Jamais cette réaction ne l'a trompé et ne lui a affirmé l'existence d'une syphilis alors que tout portait à penser qu'il n'y en avait pas. Il ne peut en dire autant de réactions ultra-sensibles, du Hecht et surtout du Desmoulières. On peut avoir confiance en un Vernes nettement positif et considérer que le sujet étudié est bien syphilitique. Ceci est capital, car il ne faut jamais commencer à traiter un sujet pour la syphilis avant d'être absolument sûr qu'il a bien cette maladie. Par contre, un résultat franchement négatif du Hecht et surtout du Desmoulières est un bon argument en faveur de la non-existence de la syphilis.

La réaction de B.-W. a une grande valeur pour le diagnostic de la syphilis, mais il ne faut pas oublier qu'elle peut exister en diverses circonstances, dans certaines infections ou intoxications, en dehors de la syphilis. Il ne faut pas oublier aussi qu'il faut procéder aux prises de sang chez les sujets à jeun.

En pratique, il convient d'ailleurs de ne pas attendre l'apparition des B.-W. positifs pour commencer le traitement d'une syphilis suffisamment caractérisée par la clinique et au besoin l'ultramicroscope. Cette réaction est inutile en présence d'accidents primaires ou secondaires nets. Elle est par contre précieuse en présence d'un chancre mixte. Elle prend une réelle importance pratique dans les périodes avancées de la syphilis, dans les manifestations viscérales, dans les affections mixtes, qui ne guérissent qu'avec le concours d'un traitement spécifique, dans la syphilis héréditaire, dans les syphilis acquises ignorées. Mais il faut bien se garder d'attribuer tous les accidents morbides à la syphilis, lorsqu'on les constate chez un ancien syphilitique qui présente une séro-réaction positive.

Quand on hésite, il faut, après réactivation, faire pratiquer simultanément les diverses réactions avec le sang d'un même prélèvement, dans plusieurs laboratoires sérieux différents. Ne pas oublier que les réactions négatives ne sauraient à elles seules faire écarter un diagnostic de syphilis.

Tous les syphiligraphes actuels prennent les examens sérologiques pour guide dans le traitement de la syphilis. B. expose le critérium de la guérison de Vernes dit loi des trois-huit, qui cependant serait discutable, formulée avec une intransigeance absolue.

Il importe de s'efforcer d'arriver toujours par le traitement à obtenir la négativité des réactions, mais, chez d'anciens syphilitiques, il faut proportionner la médication à la tolérance de l'organisme, car une séro-réaction positive n'indique pas forcément que le sujet soit menacé à bref délai d'accidents syphilitiques plus ou moins graves.

La réaction de B.-W. a une grande valeur pratique au point de vue du mariage des syphilitiques. Vernes autorise le mariage à tout syphilitique qui, depuis sa dernière injection d'arsénobenzol, est resté pendant huit mois consécutifs (sans accidents) avec des séro-réactions complètement négatives. B. réclamait en 1914 deux ans de surveillance et de négativité. Encore B. estime-t-il qu'on doit faire une bonne série de traitement immédiatement avant la consommation du mariage. Les séro-réactions du sérum sanguin et du liquide céphalo-rachidien jouent un rôle capital dans les décisions du praticien en pareil cas.

L. Rivet.

Emile Coudert et Robert Daunay. *Sur la valeur des différentes méthodes de laboratoire proposées pour établir le diagnostic de la grossesse.* — C et D. étudient successivement l'origine biologique des différentes méthodes préconisées, leurs techniques et les résultats obtenus.

Parmi ces méthodes, les unes sont basées sur la recherche des réactions biologiques spéciales du sang de la femme au cours de la grossesse, les autres sur l'importance de la glycosurie expérimentale qu'on peut facilement provoquer au cours de la grossesse.

La recherche des anticorps placentaires dans le sérum de la femme enceinte par la méthode de la déviation du complément de Bordet-Gengou n'a qu'une valeur pratique bien faible pour le diagnostic de la grossesse (Bar).

La méthode ayant pour but de mettre en évidence dans le sérum de la femme enceinte des ferments protéolytiques capables d'agir spécialement sur l'albumine placentaire (méthode dite de dialyse, d'Abderhalden) ne peut être considérée comme une méthode précise du diagnostic de la grossesse, étant donné, d'une part, les difficultés techniques de la méthode de dialyse, et, d'autre part, le fait qu'on peut obtenir des réactions positives avec du sérum de femme non enceinte.

La méthode des intradermo-réactions à l'aide de solutions de peptone placentaire (Engelhorn et Wintz) est inutilisable.

L'étude des modifications du pouvoir antitryptique du sérum sanguin au cours de la grossesse montre une augmentation de ce pouvoir dans les derniers mois, mais elle est insensible au début de la grossesse, c'est-à-dire au moment où le diagnostic est délicat. D'ailleurs cette augmentation se rencontre en dehors de la grossesse.

On ne peut ajouter plus de confiance à l'étude des modifications des matières lipoïdes du sang au cours de la grossesse, à celle des variations du pouvoir activant du sérum, à la réaction du venin de cobra.

L'étude de la glycosurie phloridzique (Crainicianu et Goldenberg, *La Presse Médicale*, 1er Mars 1924) paraît présenter plus de valeur. Facile à rechercher, elle semble, dans certains cas, permettre le diagnostic de la grossesse.

C. et D. concluent de cette étude critique qu'il n'existe pas encore de méthodes de laboratoire précises permettant, dans tous les cas, d'établir le diagnostic de grossesse de façon certaine.

L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Tome XXVII, n° 5, Mai 1924.

Errique A. Beretervide et J. J. Beretervide (de Buenos Aires). *Aortites et syphilis congénitale chez l'enfant.* — L'examen radiologique montre que le diamètre maximum normal de l'aorte ascendante est de 1 cm. jusqu'à 8 ans, et de 1 cm. 3 jusqu'à 14 ans. L'augmentation de ce diamètre avec ou sans exagération de l'opacité de l'ombre aortique constitue pour B. et B. un signe très important de syphilis congénitale qui, d'après leurs observations, n'aurait jamais été pris en défaut.

B. et B. estiment en conséquence que si chez un enfant, apparemment bien portant, l'examen radiologique de l'aorte révèle une opacité augmentée ou un diamètre supérieur aux chiffres donnés plus haut, le médecin est autorisé et presque obligé d'instituer un traitement spécifique. Ce traitement doit être poursuivi régulièrement et énergiquement, car il s'agit d'arrêter l'évolution d'un processus qui entraîne souvent de graves conséquences.

G. Schreiber.

ANNALES D'OCULISTIQUE (Paris)

Tome CLXI, n° 4, Avril 1924.

Edward Hartmann. *Les conséquences physiologiques et pathologiques de la section du trijumeau chez l'homme.* — Dans cet article, l'auteur interprète les faits constatés et rapportés dans un article précédent.

Il ressort de ses expériences que la racine du trijumeau ne contient pas de fibres vaso-motrices, ni pupillaires, ni de sensibilité profonde, et pas davantage de fibres régissant la tension oculaire. Si, en effet, on note vaso-dilatation, myosis et abaissement du tonus oculaire, ces phénomènes ne se produisent pas immédiatement, et, de ce fait, ne peuvent être imputés à une interruption de filets nerveux. Il semble plutôt qu'il s'agisse là d'une élévation du tonus parasympathique, ou d'un abaissement du tonus sympathique.

A la suite de la neurotomie, les seules fibres de sensibilité superficielle ont paru être interrompues.

L'auteur conclut par l'hypothèse suivante : les modifications observées ne sont-elles pas dues uniquement à la rupture de l'équilibre organique périphérique dans le sens d'une para-sympathicotonie?

A. Cantonnet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Tome VL, n° 19, 11 Mai 1924.

C. Petiteau (de Capvern). *L'instabilité de la pression artérielle minima en période de ménopause.* — Dans les conditions normales, la minima présente une valeur très fixe, qu'on peut opposer à la variabilité extrême de la maxima, en l'absence de tare cardio-rénale.

P. a étudié à ce point de vue un certain nombre de femmes de 40 à 50 ans, envoyées à Capvern la plupart pour des affections lithiasiques, sans grosses tares organiques. Il a relevé une instabilité manifeste de leur chiffre de pression minima, qui, d'un examen à l'autre, parfois à 24 heures de distance, peut accuser des écarts de 2 à 3 cm. de Hg, sans aucun autre phénomène connexe. Il pense que ces variations traduisent des modifications vasomotrices et sont en rapport avec l'instabilité vasomotrice de la période de la ménopause.

Dans tous les cas, le trouble vasculaire était le seul témoin du déséquilibre physiologique. P. pense que l'instabilité de la minima constitue un symptôme précoce ou une séquelle tardive de l'état ménopausique et que sa connaissance peut être particulièrement utile au médecin pour l'orientation de sa thérapeutique.

L. Rivet.

MARSEILLE MÉDICAL

Tome LXI, n° 9, 25 Mars 1924.

J. Peyrot. *Une poussée épidémique de bronchite de Castellani (Spirochétose ou fuso-spirillose broncho-pulmonaire).* — P. relate une poussée épidémique de cette affection qu'il vient d'observer dans son service. La contagiosité paraît comparable à celle de la grippe. Si le pronostic *quoad vitam* est bénin, le fait n'est cependant pas négligeable, car on sait l'allure rebelle de la maladie qui peut exposer à des infections surajoutées et entraîner à la longue des troubles de l'état général. L'affection revêt une allure très polymorphe, et l'apparition du sang dans les crachats est souvent tardive, d'où la nécessité de l'examen bactérioscopique des crachats des bronchitiques en milieu suspect. En trois semaines, P. a observé dans son service 18 cas de contagion de spirochétose broncho-pulmonaire dont 13 chez des malades voisins et 5 dans le personnel, ce qui a permis de relever des périodes d'incubation de 2, 4 et 5 jours. La contagion semble surtout s'exercer dans les périodes de grands froids, le froid exerçant donc une influence sur la réceptivité de l'appareil respiratoire vis-à-vis du *spirochæta bronchialis*.

L'hémoptysie est très variable et inconstante, du moins au début, ce qui montre combien est défectueuse la dénomination de bronchite sanglante. Le diagnostic ne peut être fait qu'avec le microscope qui montre soit une forme spirochétosique pure, soit une forme fuso-spirillaire. P. relate dans ce travail 24 observations.

Jusqu'ici tous les traitements ont échoué, y compris l'arsenic. La notion de contagiosité doit dicter des mesures prophylactiques : isolement des malades si possible et antisepsie du rhino-pharynx de l'entourage, surtout dans la saison froide. Il est vraisemblable que beaucoup de cas de cette affection sont méconnus, il faut donc y songer davantage.

L. Rivet.

BRUXELLES MÉDICAL

Tome IV, n° 45, 8 Mai 1924.

Lespinne (de Bruxelles). ***Toxidermie provoquée par le véronal.*** — L. relate l'observation d'une femme de 58 ans, qui présentait un érythème chronique fixe à aspect asphyxique parsemé de papules plates, larges; l'éruption est symétrique aux pieds et aux mains; sur l'omoplate droite, existe une croûte ostracée consécutive vraisemblablement à une lésion papuleuse, peut-être bulleuse, et rappelant l'ancien rupia; desquamation ichtyosique légère de l'ensemble de la peau; prurit généralisé diurne et nocturne, mais sans trace de grattage. L'état de la peau est tel, sans aucune modification, depuis 3 ans. Or, depuis 3 ans 1/2, la malade prenait chaque soir du véronal. La suppression du véronal fit disparaître tous les accidents en moins d'une semaine. L. RIVET.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Tome LIV, n° 15, 10 Avril 1924.

F. Zollinger. ***Observations sur les lumbagos.*** — Z., qui est médecin de la Caisse des assurances nationales sur les accidents en Suisse, envisage la question du lumbago traumatique. Aucune notion précise ne semble s'imposer, sur ce point, à l'esprit des médecins, si bien qu'aucune jurisprudence fixe ne s'est établie. Or l'auteur, qui en a suivi plus de 500 cas, est arrivé à cette conclusion que le lumbago traumatique doit être entièrement distingué des lésions vertébrales (fractures, luxations), ligamentaires (arrachements), ou même musculaires (ruptures, hématomes) de cette région. Le plus souvent, il survient à la suite d'un effort ou d'un mouvement qui n'excèdent guère ce dont le malade a l'habitude. Ces conditions n'ont rien de commun avec les gros traumatismes qui sont nécessaires pour donner lieu à des lésions directes du squelette ou des muscles. D'autre part, ces dernières sont généralement peu douloureuses et ne s'accompagnent pas de contracture, car toute la région est relativement pauvre en nerfs sensitifs (Jolebiewski), alors que le lumbago est d'emblée douloureux, que la douleur y est d'emblée généralisée à toute la fosse lombaire, et qu'elle détermine une contracture musculaire manifeste. Enfin les constatations anatomiques que Bircher a faites, sur des fragments de muscles prélevés par biopsie chez des lombalgiques, en ont montré la parfaite intégrité histologique.

Pour Z., le lombago traumatique est de nature névralgique. Il s'apparente à la sciatique, dont il n'est souvent que le premier stade; il donne lieu d'ailleurs, dans bien des cas, à du signe de Lasègue. Le traumatisme ne joue qu'un rôle accessoire dans son étiologie. Avant le traumatisme, il existait déjà de la courbature ou quelques élancements dans la région lombaire : douleur rhumatoïde provoquée par une infection rhino-pharyngée ou dentaire, peut-être par le froid. L'effort, le mouvement brusque ou incoordonné ont seulement pour effet de révéler la douleur ou de l'exagérer. Z. l'a remarqué plusieurs fois sur lui-même. Quant aux malformations congénitales (sacralisation de la 5e lombaire; lombalisation de la 1re sacrée ; spina bifida), elles sont fréquentes, mais n'expliquent pas les douleurs du lombago : douleurs aiguës, s'exagérant la nuit plutôt que dans la station debout, et calmées par le salicylate.

Quelles conséquences tirer de ces notions dans les expertises d'assurances? La responsabilité de l'assurance ne peut être engagée que si l'on peut établir nettement l'existence du traumatisme. Ce traumatisme peut être constitué par une chute, par un faux pas, par un choc pendant le transport d'une charge. Mais un acte professionnel habituel ne peut être assimilé à un traumatisme. Le lumbago traumatique ainsi caractérisé dure 4 à 8 jours, 10 jours au plus. Si l'incapacité de travail se prolonge davantage, c'est que des facteurs de prédisposition individuelle interviennent, et la maladie ne doit plus être rattachée à l'accident, ni couverte par la loi. J. MOUZON.

N° 16, 17 Avril.

Tièche. ***Les résultats diagnostiques obtenus pendant l'épidémie de varioloïde de 1921-1923 à l'aide de la méthode d'allergie cutanée.*** — La récente épidémie de variole atténuée, qui a sévi en Suisse, durant ces dernières années, a permis à T. de reprendre les études qu'il avait commencées en 1907 sur les cuti-réactions à l'aide des produits de pustules varioliques. Les résultats de ces recherches présentent non seulement un intérêt biologique, mais une valeur pour le diagnostic ; car, dans les cas difficiles, elles permettent de reconnaître la variole au bout de quelques heures, alors que l'inoculation à la cornée du lapin, avec la recherche des corps de Guarnieri, demande plusieurs jours.

Il existe des sujets qui, par des vaccinations successives à l'aide de produits vaccinaux ou varioliques, parviennent à acquérir une hypersensibilité cutanée à l'égard de ces produits, qui leur permet de réagir toujours à la cuti-réaction vaccinale ou variolique selon un mode typique et régulier. L'auteur possède personnellement une hypersensibilité de ce genre ; il a déjà pratiqué sur lui-même quelque 3.000 vaccinations, et cette particularité lui a permis, dans la récente épidémie, de faire des diagnostics précoces, dans des conditions parfois particulièrement troublantes dont il donne des exemples. Mais il connaît deux autres sujets qui possèdent la même sensibilité que lui. Un autre ne l'a acquise qu'après des vaccinations répétées.

Voici comment T. pratique sa cuti-réaction : il fait 3 scarifications très superficielles, éloignées l'une de l'autre de 1/2 à 2/3 de cm., généralement sur la face antérieure du bras ou de l'avant-bras. Il les recouvre de lymphe variolique. Il se produit autour de chaque trait un érythème, et, au bout de quelques heures, les 3 placards deviennent confluents. On note soigneusement le moment précis où se produit cette confluence. Chez T., cette confluence ne se produisait qu'au bout de 10 à 12 heures en 1911 ; en 1914-1915, il l'observait déjà après 6 heures ; en 1921, il ne fallait guère attendre que 4 à 5 heures. En même temps que les réactions devenaient plus rapides, elles paraissaient un peu moins saillantes et moins étendues. Si on fait plusieurs vaccinations dans la même journée à des heures différentes, chacune évolue pour son propre compte selon le type uniforme propre au sujet. Deux fois seulement, la réaction fit défaut chez T. avec des produits qui, plus tard, donnèrent un résultat positif : or T. avait, à ce moment, une forte fièvre.

La réaction d'allergie cutanée de T. est toujours négative avec les vésicules qui ne sont pas d'origine vaccinale ou variolique, en particulier avec les vésicules de la varicelle. C'est au début de la variole que les vésicules sont le plus actives. A la phase de suppuration, T. n'a plus obtenu que 18 résultats positifs sur 30 expériences. A la phase de dessiccation, 10 essais échouèrent tous.

Parfois, après la réaction érythémateuse précoce, caractéristique, on voit se produire, au bout de 20 à 24 heures, un érythème tardif, provoqué par des agents d'infection banale. Il ne faut pas confondre cette réaction tardive avec la réaction précoce, fixe, propre à chaque sujet inoculé, et qui, seule, offre un intérêt pour le diagnostic. T. a observé sur lui-même cette réaction tardive à l'infection banale (parfois avec impétigo), plus souvent au début de ses expériences qu'au bout de quelques années : il semble que sa résistance aux infections banales se soit renforcée. D'ailleurs, au moment de faire la vaccination, T., pour éviter une contamination grave (en particulier la syphilis), soumet le produit à inoculer soit à la congélation, soit au chauffage à 60-70°, soit au traitement par l'éther : la réaction ne s'en trouve pas modifiée, car le virus variolique ou vaccinal est beaucoup plus résistant que le tréponème pâle.

Au point de vue biologique, le phénomène étudié par T. est très remarquable, car il s'agit d'une réaction qui ne se modifie, par sa répétition, ni dans le sens d'une sensibilisation, ni dans le sens d'une désensibilisation. J. MOUZON.

Jaquerod. ***Essai de traitement de la maladie de Basedow au moyen d'un extrait de goitre myxœdémateux.*** — J. a fait préparer un extrait de goitre myxœdémateux, qu'il a d'abord utilisé, sans résultat, dans la tuberculose. Mais il l'a ensuite appliqué au traitement de deux malades atteintes de maladie de Basedow, et il en a obtenu des effets extrêmement favorables.

La première malade avait des crises de tachycardie paroxystique à 180, avec accès de suffocation. Après 15 jours de traitement, les crises avaient disparu ; il n'y avait plus de palpitations ; le pouls battait à 90-100. La glande thyroïde avait repris un volume presque normal, et le poids avait augmenté de 1 kilogr. La guérison se maintient depuis 3 mois.

La deuxième malade avait un goitre volumineux, avec pulsations visibles à distance, veines fortement dilatées, exophtalmie, tremblement, émotivité, amaigrissement rapide. Après 15 jours de traitement, les pulsations étaient tombées de 130-140 à 90, les pulsations thyroïdiennes avaient disparu ; la malade était plus calme et avait repris 3 kilogr. 3 semaines après un nouveau traitement fut repris, qui amena encore une augmentation de 3 kilogr.

J. MOUZON.

N° 17, 24 Avril.

W. Odermatt. ***Cancer et grossesse. Le cas du cancer du sein.*** — La grossesse exerce-t-elle, ou non, une influence sur l'évolution du cancer ? Les opinions les plus diverses ont été soutenues à cet égard, les uns soutenant l'influence favorable, les autres l'influence néfaste de la grossesse sur le cancer. L'auteur rappelle les opinions émises et les arguments invoqués.

A vrai dire, les statistiques montrent que l'association du cancer et de la grossesse est rare, et sans doute fortuite. O. envisage surtout le cancer du sein, et rapporte des statistiques qui montrent la plus grande fréquence du cancer du sein, soit chez les femmes qui n'ont jamais allaité, soit chez celles qui ont beaucoup allaité (6 enfants au moins). Dans ce dernier cas, les reliquats de mammites chronique, les rétractions du mamelon jouent sans doute un rôle favorisant à l'égard du cancer. Personnellement, sur 270 cancers du sein qu'il a traités, il n'a vu que 7 fois l'association avec la grossesse. Il rapporte de nombreuses observations personnelles ou empruntées à la littérature. Dans l'ensemble, ces observations donnent à penser que l'évolution du cancer devient plus rapide, et les métastases plus fréquentes, à partir du moment où la grossesse évolue. A la suite du traitement opératoire ou radiothérapique, une grossesse intercurrente doit faire redouter encore davantage la récidive ou les métastases. Il n'y a d'exception que pour les cancers tout à fait au début.

Quelles conclusions pratiques tirer de ces notions ? Dans les cancers tout au début, on peut respecter la grossesse, et faire l'intervention large sur la glande avec curage ganglionnaire. Dans les formes plus avancées, l'interruption de la grossesse s'impose, jointe à l'intervention et à la radiothérapie. Quant aux cas inopérables, ils imposent l'abstention complète : la mère est perdue, et l'enfant peut être vivant et vigoureux dans certains cas ; aucun document scientifique précis ne permet de prévoir pour lui une hérédité cancéreuse. Bien entendu, les opérées de cancer du sein doivent éviter toute grossesse.

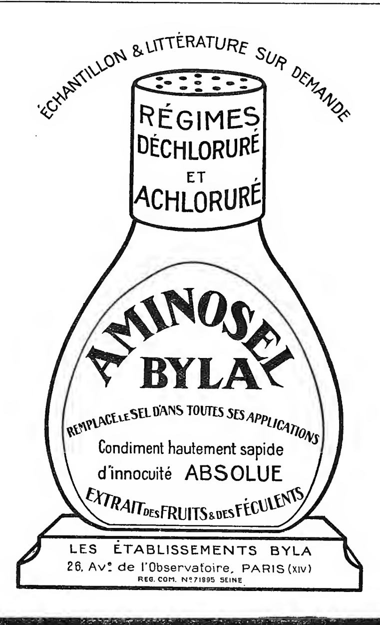
J. MOUZON.

Otto Sinner. ***La répartition du goitre endémique en Suisse d'après les données récentes des commissions de recrutement.*** — Le goitre des écoliers est d'une extrême fréquence en Suisse, surtout entre 10 et 12 ans : 54 pour 100 des enfants en sont atteints dans la ville de Berne (Kocher ; Marthe ; de Quervain et Lavener). Mais, dans bien des cas, ce goitre ne persiste pas, et la proportion des goitreux relevée est bien moindre dans les conseils de révision (sujets de 20 ans) que dans les inspections scolaires. S. a fait la statistique des goitres rencontrés dans les conseils de révision en 1921 et en 1922, et il publie des cartes qui indiquent, pour chaque district, la proportion des goitreux impropres au service, celle des goitreux aptes au service, et la proportion globale de goitreux. C'est la documentation la plus précise qui ait jamais été recueillie sur ce point.

Dans certains cantons du Jura suisse, où cependant le goitre scolaire est fréquent, on ne trouve plus aucun goitre chez les conscrits. Dans le reste de la Suisse, il existe un certain pourcentage de conscrits goitreux, avec un maximum qui dépasse 30 p. 100 dans certains districts du Valais et des cantons de Lucerne et de Zurich, et un minimum inférieur à 2 pour 100 dans le Tessin et dans les régions méridionales des Grisons. La comparaison de cette statistique avec les précédentes montre une tendance à la diffusion des goitres dans l'ensemble de la Suisse, et à un accroissement de fréquence. Elle permet de détruire certaines légendes : telle l'action antigoitreuse du sel qui provient des salines de Bex, sel qui contient de l'iode.

Dans la seconde partie de son travail, S. rapporte des expériences qu'il a commencées depuis longtemps déjà sous la direction de Th. Kocher et de

(1) **Page n° 15** : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*



LABORATOIRES BAILLY

15 & 17 Rue de Rome, PARIS (8e)

TÉLÉPHONE Wagram 85-19, — 62-29, — 63-79

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Adr. Télégr. : BAILLYAB-PARIS

DÉNOMINATIONS	COMPOSITION	PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
PULMOSERUM	Phospho-Gaïacolate de Chaux, de Soude et de Codéine.	*Antibacillaire, Reminéralisant, Histogénique, Hyperphagocitaire, Anti-Consomptif.*	Toux catarrhale. Laryngites, Bronchites, Congestions pulmonaires, Sequelles de Coqueluche et Rougeole. — Bacilloses.	*Une cuillerée matin et soir, au milieu des repas, dans un peu d'eau.*
FORXOL	Acide hexoso-hexaphosphorique, Monométhylarsinate acides. Nucleo-phosphates Mn, Fe, Ca, Bases pyrimidiniques.	*Reconstituant complet pour tout organisme. Dynamogénique, Stimulant hématogène, Anti-déperditeur, Régulateur des échanges cellulaires.*	Etats de dépression, Faiblesse générale. Troubles de croissance et de formation, Neurasthénie, Anémie, Débilité sénile, Convalescences.	*Une à deux cuillerées à café, suivant l'âge, au milieu des deux principaux repas, dans un peu d'eau, de vin ou un liquide quelconque.*
UROPHILE (Granulé Effervescent)	Acide Thyminique, Benzoates, Diméthyl-Pipérazine. Urotropine. Lithine.	*Uricolytique, Diurétique, Régulateur de l'activité hépatique, Antiseptique des voies urinaires et biliaires.*	Diathèse arthritique, Goutte aiguë et chronique, Gravelle urique, Lithiase biliaire, Rhumatismes, Cystites.	*Une cuillerée à soupe, dans un peu d'eau, deux fois par jour, entre les repas.*
THÉÏNOL (Élixir)	Théine méthylquinizol en combinaison benzoïque.	*Euphorique. Antidépresseur. Analgésique. Régulateur des fonctions nerveuses. Tonique circulatoire.*	Migraines, Névralgies, Douleurs rhumatoïdes, Crises gastro-intestinales, Dysménorrhée.	*Deux cuillerées à dessert à une heure d'intervalle l'une de l'autre.*
OPOBYL (Dragées)	Extrait hépatique, Sels biliaires. Boldo et Combretum, Rhamnus.	*Cholagogue, Rééducateur des fonctions entéro-hépatiques, Décongestif du foie et des intestins.*	Hépatites, Ictères, Cholécystites, Lithiase biliaire, Entéro-colites, Constipation chronique, Dyspepsie gastro-intestinale.	*Deux à huit dragées par jour après les repas.*

R.C. Seine . 1079

Echantillons et Brochures sur demande

W. Kolle, et qu'il a poursuivies selon des directives toutes personnelles, touchant l'étiologie du goitre endémique. Pour lui, la pathogénie du goitre n'est pas univoque. La nature de l'eau de boisson et l'insuffisance d'iode dans l'alimentation ne suffisent pas pour expliquer les faits. Les expériences qui on été réalisées sur divers animaux, avec l'eau des régions les plus goitrigènes, n'ont donné, comme S. le rappelle avec détails, que des résultats inconstants et capricieux. L'auteur pense que l'alimentation carencée à laquelle sont astreintes les populations de beaucoup de hautes vallées alpestres intervient pour favoriser le développement du goitre. Il est amené à cette opinion par deux groupes d'expériences distinctes.

D'une part, les expériences de Grassi et Munaron, chez le chien, de Landsteiner, Schlagenhaufer et Wagner Jauregg, de Th. Kocher et Kolle chez le rat, en particulier celles du mont Soleil, auxquelles S. a assisté, montrent que des animaux élevés avec de l'eau de boisson de région goitreuse font plus facilement du goitre quand ils sont soumis à une alimentation bouillie ou stérilisée, surtout si c'est une alimentation riche en protéine (lait stérilisé par exemple chez le rat blanc). Au mont Soleil, les animaux de contrôle, qui étaient nourris uniquement au lait stérilisé, avaient même des goitres plus volumineux que les animaux nourris avec des aliments cuits et de l'eau de région goitreuse.

D'autre part, S., étudiant le scorbut expérimental chez le cobaye, est arrivé à des constatations curieuses, grâce à un régime un peu différent de celui de Holst et Frölich, soit lait fortement bouilli et biscuit de farine de froment très blutée (de manière à se rapprocher de l'alimentation qui provoque la maladie de Barlow chez le nourrisson), soit foin et carottes stérilisés une demi-heure à l'autoclave. Les cobayes mouraient en 4 à 6 semaines de scorbut ou plus rarement d'accidents nerveux avec hémorragies médullaires. Or, outre les lésions habituelles du scorbut expérimental, les cobayes, — surtout ceux qui avaient longtemps survécu, — présentaient constamment des lésions qu'on n'a guère signalées : altération et ramollissement des incisives (bien distincts de la chute des molaires signalée par Holst et Frölich à la phase terminale de la stomatite scorbutique), — petites ulcérations disséminées de l'intestin, avec congestion intense et élective, parfois même hémorragique, du cæcum et de la partie initiale du côlon ascendant, — escarres de décubitus fréquentes à la face inférieure des pattes, — enfin hypertrophie du corps thyroïde, variant de l'hyperplasie simple au goitre parenchymateux typique (Wegelin). Ces constatations sont à rapprocher de la fréquence des caries dentaires chez les goitreux de Suisse, et du rôle qu'attribuent Galli-Valerio et Messerli à la stase intestinale dans la pathogénie du goitre. Elles encouragent à tenir plus grand compte du régime alimentaire dans les enquêtes et dans les expériences entreprises pour élucider la pathogénie du goitre endémique.

J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Tome III, n° 20, 13 Mai 1924.

B. de Rudder (de Munich). ***Sur les anémies consécutives à l'allaitement par le lait de chèvre.*** — Depuis 1916, on a signalé, en Allemagne et en Hollande, toute une série de cas d'anémie de nourrissons, consécutifs à l'allaitement par le lait de chèvre (Scheltemy, Schwenke, Blühdorn, Stöltzner, Brouwer). Sur 19 anémies graves observées, pendant ces 3 dernières années, à la Clinique pédiatrique universitaire de Munich, 8 étaient dues au lait de chèvre. Ce chiffre est d'autant plus significatif que l'allaitement par le lait de chèvre est très rare à Munich.

Les enfants atteints d'anémie de cette origine présentent un teint cireux, leur tégument cutané est transparent, les muqueuses sont pâles. Les extrémités, parfois œdématiées, sont froides. Le développement général est de beaucoup inférieur à celui des enfants normaux du même âge. Cette infériorité se traduit par un retard de la croissance (taille de 4 à 11 cm. moins longue) et de l'occlusion des fontanelles, ainsi que par un développement défectueux des fonctions statiques : à un an, ces enfants sont encore incapables de rester assis. Il existe presque toujours une hypertrophie de la rate. Par contre, on ne constate aucun signe de rachitisme.

Au point de vue hématologique, la teneur en hémoglobine est considérablement diminuée, jusqu'à 42 pour 100 ; dans 5 cas, elle était même de 25 p. 100 ou au-dessous (en comptant comme taux normal 100 pour 100, et non pas 80 pour 100, taux propre à cet âge). Le nombre des globules rouges varie de 1 à 3 millions. Il existe une anisocytose accentuée, avec quelques mégalocytes et de nombreux microcytes, et une poïkilocytose prononcée. Le nombre des globules blancs atteint le maximum du taux normal ou le dépasse (jusqu'à 16.900, et jusqu'à 38.000 dans un cas), l'augmentation portant, de préférence, sur les lymphocytes.

En somme, par ses caractères cliniques et par son tableau hématologique, cette anémie rappelle le type de l'anémie pseudo-leucémique infantile, sans avoir, cependant, le moindre rapport avec le rachitisme.

Dans un certain nombre de cas, de R. a pu constater une diminution de la résistance globulaire.

En fait de cause nocive exogène, on ne peut incriminer que le lait de chèvre, qui peut agir sur le sang comme un hémolytique, peut-être par suite de sa teneur en acides gras solubles (Stöltzner).

Le pronostic de cette anémie, tant qu'il n'y a pas de complications, reste favorable, le traitement consistant simplement dans la suppression du lait de chèvre.

L. Cheinisse.

F. W. Kaess (de Dusseldorf). ***Traitement opératoire de l'asthme bronchique.*** — H. Kümmell a récemment proposé de traiter les formes graves et rebelles d'asthme par la résection étendue du sympathique cervical et de ses ganglions (voir *La Presse Médicale*, 22 Décembre 1923, analyses, p. 159). A la Clinique chirurgicale académique de Dusseldorf, cette opération a été effectuée dans 5 cas d'asthme invétéré. Sauf dans un de ces cas, où par suite d'accès bronchospastiques pendant la narcose on fut obligé d'écourter l'intervention, se bornant à une résection partielle du segment moyen, dans tous les autres la résection porta sur toute la chaîne cervicale, y compris les 3 ganglions.

Chez tous les opérés, la respiration devint plus libre aussitôt après l'intervention, la sensation de gêne respiratoire disparut complètement, soit immédiatement, soit en l'espace de quelques jours, et jusqu'à présent aucun d'entre eux n'eut plus d'accès asthmatique. L'opération remonte à 4 mois dans un cas, à 1 mois dans 2 autres, et à 3 semaines dans le 4e.

L. Cheinisse.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Tome LXXVIII, n° 19, 10 Mai 1924.

Magnus. ***Un cas de mort après une injection intraveineuse de bismuth.*** — M. rapporte à la Société de Dermatologie de Berlin du 12 Février 1924 un cas de mort après une injection intraveineuse de bismuth. C'est, à notre connaissance, la première observation de ce genre.

Un homme robuste de 20 ans, atteint de chancre syphilitique récent, reçoit du 1er Novembre au 19 Décembre 8 injections intraveineuses de néosalvarsan à 0,60. Le 28 Décembre, on commence des injections intraveineuses d'un produit bismuthé, le Wismulen, contenant 0,04 de bismuth. 6 injections furent faites jusqu'au 11 Janvier sans aucun incident. Le 22 Janvier, nouvelle injection intraveineuse de 1 cmc de Wismulen; immédiatement le malade s'affaisse, le pouls et la respiration s'arrêtent; des crampes dans les bras et les jambes durent environ 1 minute avec légères nausées. Des injections d'éther, la respiration artificielle, des inhalations d'oxygène furent pratiquées sans succès, bien qu'elles aient été continuées 2 heures après le refroidissement progressif du corps.

L'autopsie la plus minutieuse n'a permis de découvrir aucune embolie dans le cœur ni dans le cerveau ; tous les organes étaient sains. Les examens histologiques du thymus et des glandes à sécrétion interne ne montrèrent aucune altération qui pût expliquer une mort thymique. L'hypothèse d'un choc anaphylactique est soutenable.

Ce cas, qui sera publié *in extenso* quand l'examen histologique sera terminé, montre qu'il faut limiter les injections intraveineuses aux cas où elles sont réellement indispensables.

R. Burnier.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

N° 3302, 12 Avril 1924.

Henry C. Semon. ***Un antidote des intoxications arsenicale, bismuthique et mercurielle.*** — Les médicaments antisyphilitiques provoquent parfois des accidents : dermatite et ictère post-arsenical, stomatite mercurielle ou bismuthique ; or, il semble que les solutions de thiosulfate de soude, en injections intraveineuses, permettent de lutter contre ces accidents. Ravaut, puis Mac Bride et Dennie, en ont obtenu de bons résultats : l'évolution de la dermatite est sensiblement abrégée ; la gravité de l'intoxication mercurielle, aiguë ou chronique, est atténuée.

On ignore comment agit cette substance. Il est peu probable qu'elle forme avec le mercure, le bismuth ou le dérivé arsenical un composé soufré insoluble.

L'injection se fait intraveineuse, à dose de 0 gr. 45 à 0 gr. 90 dans 10 cmc d'eau ; une dose inférieure à 2 gr. n'est pas toxique ; on fait 4 injections, une tous les 2 jours.

S. publie 4 observations de malades atteints de gingivite et de salivation à la suite d'injections intramusculaires de sels bismuthiques ou mercuriels, chez qui 2 injections de thiosulfate amenèrent la guérison.

Dans 1 cas d'ictère arsenical, survenu 24 heures après la fin d'une série de 6 injections de novarsénobenzol, et où l'insuffisance hépatique paraissait démontrée par l'épreuve du lévulose (hyperglycémie prolongée après ingestion de 35 gr. de lévulose), on pratiqua une injection intraveineuse de 0 gr. 75 de thiosulfate, et pendant 9 jours une injection quotidienne de 0 gr. 45. L'amélioration fut rapide et la combustion du lévulose redevint normale.

Chez un autre malade, après 2 injections de sulfarsénol, survient une éruption rappelant les éruptions sériques. Une heure après, on injecte 0 gr. 50 de thiosulfate ; le lendemain, nouvelle injection. Prurit et dermatite disparaissent en moins de 5 jours.

S. rappelle ensuite une observation de Mac Bride et Dennie. Une femme ingère 0 gr. 45 de sublimé ; quelques heures après, on l'amène à l'hôpital, avec des hématuries et des douleurs abdominales. On lui administre 15 gr. de thiosulfate de soude par la bouche et 0 gr. 45 par voie veineuse ; douleurs et diarrhée disparaissent. On fait 2 nouvelles injections. La malade guérit en une semaine, et, quoique enceinte de 8 mois, n'avorte pas.

Voici enfin l'observation d'un homme chez qui, au cours d'une injection de novarsénobenzol, le liquide s'échappe hors de la veine ; il se produit une tuméfaction, avec vives douleurs ; on injecte aussitôt, sans enlever l'aiguille, 8 cmc d'eau distillée avec 0 gr. 75 de thiosulfate : tuméfaction et douleurs disparaissent très rapidement.

J. Rouillard.

N° 3303, 19 Avril.

P. Kennedy Murphy. ***Technique correcte de la méthode des injections pour le traitement des hémorroïdes.*** — Le traitement des hémorroïdes par les injections interstitielles d'acide phénique, en solution à 20 pour 100, donne d'excellents résultats quand il est appliqué aux cas appropriés.

K. M. indique d'abord minutieusement tout ce qui concerne la technique : préparation du patient, position latérale gauche, examen de la région péri-anale, toucher rectal, dilatation graduelle de l'anus, qui diminue ou supprime les hémorragies, examen rectoscopique pour reconnaitre les hémorroïdes internes et l'état de la muqueuse rectale.

En ce qui concerne les injections, il conseille de n'injecter que 2 hémorroïdes à chaque séance, et même une seule, si elles sont volumineuses (dimensions d'une châtaigne) ; il est vrai que certains opérateurs injectent dans la même séance toutes les hémorroïdes visibles et n'ont que de bons résultats ; cependant des douleurs plus ou moins violentes, des réactions inflammatoires, de l'irritation vésicale ont pu être observées ; il vaut mieux éviter ces incidents.

Les injections sont répétées tous les 3 jours ; on en fait rarement plus de 6 ; en général, 2 ou 3 suffisent. On injecte 0 cmc 30 dans une hémorroïde volumineuse, et 0 cmc 20 dans une petite.

L'hémophilie est la seule contre-indication.

Il n'y a qu'une complication sérieuse de ce traitement : c'est le prolapsus d'un bourrelet tuméfié à la suite de l'injection ; s'il n'est pas immédiatement

(1) Page n° 16 : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*

réduit, il risque de s'étrangler et de s'ulcérer. D'autres complications peuvent s'observer, dues à des fautes de technique : des ulcérations, consécutives à des injections trop superficielles ou de solutions trop concentrées; des douleurs, lorsque l'injection a été poussée dans une veine enflammée; des abcès, des hémorragies, des troubles vésicaux.

Les injections interstitielles guérissent les hémorroïdes en provoquant la formation de tissu fibreux, à la suite d'un processus de phlébite légère; une phlébite accentuée, avec phénomènes inflammatoires aigus, doit être évitée.

En ce qui concerne les indications, on obtient les meilleurs résultats dans le cas d'hémorroïdes internes, quel que soit leur volume, pourvu qu'elles ne soient pas compliquées; on obtient un succès partiel, disparition des hémorragies, si les hémorroïdes sont partiellement fibrosées ou compliquées de prolapsus de la muqueuse rectale; on doit éviter les injections et employer les traitements chirurgicaux si les hémorroïdes sont gangrenées, ulcérées ou fibreuses, ou compliquées de fissures, fistules, etc...

J. Rouillard.

THE LANCET

(*Londres*)

Tome CCVI, n° 5250, 12 Avril 1924.

H. E. Symes-Thompson. *Idiosyncrasie à l'adrénaline.* — L'adjonction de l'adrénaline à des anesthésiques locaux n'est pas toujours sans inconvénient. S. publie l'observation d'une femme à qui l'on injecta dans la gencive, avant l'extraction d'une dent, 0 gr. 03 de novocaïne en solution à 2,5 pour 100 et 0 milligr. 03 de suprarénine; elle eut presque aussitôt après des malaises avec frissons, palpitations, rougeur de la face, agitation, tremblement des bras et des jambes, troubles de la marche; elle se remit d'ailleurs très rapidement.

On ne peut guère expliquer ces accidents par la pénétration dans une veine des substances injectées. On peut discuter s'ils sont dus à l'adrénaline ou à la novocaïne; mais cette dernière substance est peu toxique, et, d'autre part, des troubles analogues ont été notés par Hertz, par Braun, qui, s'étant fait à eux-mêmes des injections sous-cutanées d'adrénaline (0,18 cmc à 0,40 cmc d'une solution au millième), ont ressenti un violent malaise, de la tachycardie, des palpitations, une sensation d'oppression, avec respiration plus rapide et superficielle, le tout durant 1 à 2 minutes.

Il faut donc, dans la pratique dentaire, éviter les doses fortes d'adrénaline. Dans la pratique chirurgicale, si l'on doit utiliser de l'adrénaline pour l'anesthésie, il est bon de tâter la tolérance du malade au préalable par une dose faible, et, si elle est mal supportée, on aura recours à l'anesthésie générale. L'usage de l'adrénaline est dangereux si l'on doit opérer des sujets hyperthyroïdiens.

Enfin, en ce qui concerne l'épreuve de Gœtsch, si cet auteur n'a jamais observé de suites fâcheuses avec la dose qu'il emploie (injection sous-cutanée de 0 cmc 45 d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième), Mac Bryer a observé du tremblement, de l'excitation nerveuse, des inégalités et irrégularités du pouls; cette épreuve doit donc être réservée aux cas où elle est vraiment indispensable.

J. Rouillard.

Webster Leonard Nill et Eidinow. *Mesure de la lumière ultra-violette par une solution d'acétone et de bleu de méthylène.* — Pour utiliser dans un but thérapeutique la lumière solaire ou des lumières artificielles, il faut pouvoir les doser : la dose est fonction de l'intensité et de la durée.

On a le plus souvent recours à la lumière ultra-violette, qui se montre la plus active au point de vue biologique, soit pour déterminer un érythème et la pigmentation consécutive, soit pour prévenir le rachitisme chez l'enfant ou chez l'animal, soit pour traiter les lupus et les tuberculoses externes.

Les principales sources de lumière ultra-violette sont la lampe à arc et la lampe à vapeur de mercure; l'adjonction de noyaux métalliques (tungstène, aluminium), dans le charbon, augmente l'action biologique de l'arc.

Pour mesurer l'intensité du rayonnement ultra-violet, W., N. et E. se basent sur ce fait qu'une solution d'acétone dans l'eau est décomposée par lui, avec formation, entre autres substances, d'acide acétique et d'acide formique. Ils essayèrent d'abord de doser l'intensité du rayonnement en mesurant l'augmentation du p_H de la solution; mais cette mesure est peu précise.

Ils ont eu alors recours au procédé suivant : admettant que la décomposition de la solution aqueuse d'acétone par la lumière est, en partie au moins, un processus d'oxydation qui s'accompagne de processus de réduction, ils ont pensé que ce dernier pourrait être apprécié par la réduction du bleu de méthylène, le bleu agissant, dans ces phénomènes complexes, comme un fixateur d hydrogène. En effet, la décoloration de la solution est proportionnelle au temps d'exposition.

Les auteurs insistent sur les détails de la technique : ils utilisent une solution de bleu Poulenc à 0,1 pour 100; on ajoute 5,8 cmc de cette solution à 30 cmc d'acétone et on complète avec de l'eau jusqu'à 100 cmc. On prépare en même temps des solutions de bleu de méthylène pur, de concentration croissante, qui servent d'étalons pour le dosage colorimétrique.

J. Rouillard.

N° 5252, 26 Avril.

E. H. R. Harries et F. Brayshaw Gilhespy. *Otite scarlatineuse.* — Il semble que dans les 15 dernières années la gravité de la scarlatine en Grande-Bretagne se soit atténuée, en même temps que la fréquence des complications. D'après les statistiques de Hunter, de Yearsley, en 1909, les otites surviennent dans 10 à 13 pour 100 des cas (avec à peine 1 pour 100 de mastoïdites), tandis qu'en 1921-22 la proportion tombe à 7,6 pour 100.

Scarlatine et rougeole se retrouvent dans une proportion presque identique à l'origine des otites de l'enfance.

Les statistiques de H. et G. montrent la plus grande fréquence des otites scarlatineuses dans la première enfance (15 pour 100 des cas entre 1 et 5 ans, 7 pour 100 entre 5 et 10 ans, 3 pour 100 au-dessus de 10 ans), quoique la scarlatine elle-même soit beaucoup plus fréquente entre 5 et 10 ans. C'est d'ailleurs aussi de 1 à 5 ans que la mortalité par scarlatine est le plus élevée, non qu'il s'agisse de formes toxiques, mais de complications nasales, otitiques, ganglionnaires, souvent terminées par broncho-pneumonies.

Cette prédominance des otites dans la première enfance s'explique par ce fait que les organes lymphoïdes du pharynx, très développés à cet âge, constituent un foyer qui s'infecte dès le début et où l'infection persiste. Yearsley, en 1909, proposa d'extirper les végétations adénoïdes dans la convalescence de la scarlatine pour guérir radicalement l'otorrhée; H. et G. sont d'accord avec lui.

Dans leur pratique, toutes les scarlatines compliquées d'otite sont isolées dans une salle spéciale. Si l'écoulement d'oreille ne guérit pas rapidement et s'il y a quelque apparence que les végétations soient responsables de cette persistance, en obstruant la trompe d'Eustache ou en entretenant l'infection, on les extirpe; on peut extirper également les amygdales, si elles paraissent infectées, mais autant que possible on se bornera à l'ablation des végétations. Dans les scarlatines communes, cette opération peut se faire à la 4e semaine. En outre, si la perforation du tympan paraît insuffisante, on l'élargit.

D'une façon générale, l'otite scarlatineuse ne fait pas d'emblée une vaste destruction du tympan, et ce point est important pour le pronostic ultérieur.

J. Rouillard.

N° 5253, 3 Mai.

Grant Massie. *Valeur de l'examen radioscopique pour le diagnostic des ruptures traumatiques de l'intestin.* — Un homme de 52 ans, écrasé par la roue d'une voiture, présente les signes d'une contusion grave de l abdomen, avec contracture de la région sus-ombilicale. L'examen radioscopique montre une zone claire, peu étendue, au côté gauche de la deuxième vertèbre lombaire, témoignant de l'existence d'un pneumo-péritoine localisé; on fait le diagnostic de rupture de l'intestin à la partie supérieure du jéjunum. L'intervention confirme ce diagnostic, la rupture siégeant à l'union du jéjunum et du duodénum. Le malade guérit.

L'usage de la radioscopie pour le diagnostic des traumatismes intestinaux fut préconisé en 1916 par Lenk, qui, dans plusieurs cas de blessures abdominales par coup de feu, observa entre le foie et l'hémidiaphragme droit une collection gazeuse, d'une clarté caractéristique; on trouvait, dans ces cas, une rupture de l'estomac ou du côlon. Dans d'autres conditions, la clarté anormale siégeait à gauche, faisant disparaître l'obscurité splénique; elle était en rapport avec une rupture de l'angle splénique du côlon.

De même Dandy reconnut un pneumo-péritoine localisé, consécutif à la perforation d'une ulcération typhoïdique de l'iléon, et Kellogg, une collection aérienne, située au-dessus du lobe droit du foie, en rapport avec une perforation d'ulcère gastrique.

Lorsque le traumatisme intéresse l'estomac, ou un segment de l'intestin dans la région sus-mésocolique, les gaz se collectent sous le diaphragme; dans les traumatismes de l'étage sous-mésocolique, en particulier ceux de la partie supérieure du jéjunum, le pneumopéritoine reste localisé, car le mésocôlon constitue un obstacle à la diffusion des gaz.

L'examen radioscopique peut donc aider au diagnostic précoce des ruptures intestinales.

J. Rouillard.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(*Kharkov*)

Tome VII, n° 7, 15 Avril 1924.

Prof. N. G. Ponirovsky (de Kharkov). *Le système nerveux autonome et les glandes thyroïde et parathyroïdes.* — P. a institué une série d'expériences sur des chiens portant des fistules salivaires établies d'après le procédé de Pavlov, en vue d'étudier l'influence des glandes thyroïde et parathyroïdes sur la partie du système nerveux autonome qui préside à la fonction des glandes salivaires.

Il a pu ainsi constater que l'injection sous-cutanée de diverses préparations thyroïdiennes ne produit aucun effet sur la quantité de salive sécrétée pendant le repas, pas plus que sur la teneur de cette salive en résidu solide. On ne constate, non plus, aucun effet, quantitatif ou qualitatif, sur la salivation provoquée par l'irritant typique des nerfs cérébraux, la pilocarpine.

L'injection intraveineuse d'adrénaline détermine une salivation nette, particulièrement accentuée du côté de la glande sous-maxillaire et de la glande sublinguale. Or, l'injection intraveineuse de thyroïdine, sans provoquer par elle-même la salivation lorsque les glandes sont au repos, exerce sur les nerfs sécrétoires une action sensibilisatrice qui se manifeste par une augmentation de la salivation produite par l'adrénaline, lorsque celle-ci est injectée après la thyroïdine. On constate le même effet quand on fait faire à l'animal un repas après l'injection de thyroïdine.

Par contre, la thyroïdine, introduite dans les veines, n'exerce aucune action appréciable sur la salivation due à la pilocarpine.

L'ablation des glandes parathyroïdes amène une augmentation accentuée de l'excitabilité des nerfs sécrétoires (augmentation de la salivation au repas et de la salivation par pilocarpine). En même temps, la sécrétion de salive sous l'influence de l'adrénaline diminue notablement pendant les premiers jours qui suivent l'opération, et cesse complètement de se produire plus tard.

L. Cheinisse.

V.V Zakoussov (de Petrograd). *L'action des poisons sur les vaisseaux des reins isolés de l'homme et des animaux dans diverses affections.* — Les recherches entreprises par Z. au laboratoire pharmacologique de l'Académie militaire de médecine, dirigé par le professeur N. P. Kravkov, tendent à montrer que les vaisseaux des reins malades peuvent réagir à l'adrénaline, à la caféine, au chlorure de baryum, etc., d'une façon tout autre qu'à l'état normal. Cela est particulièrement vrai pour la scarlatine, où les reins sont si souvent atteints. Mais dans d'autres affections aussi, où les reins sont moins atteints, les vaisseaux rénaux subissent des modifications plus ou moins importantes, suivant le degré du processus dégénératif ou inflammatoire.

En dehors des modifications dans la réaction des vaisseaux à l'égard des poisons, le tonus même des vaisseaux du rein se trouve modifié : en faisant circuler à travers le rein du liquide de Ringer-Locke, on constate que ce liquide, au lieu de s'écouler par les veines rénales de façon constante et régulière, comme cela a lieu chez l'animal normal, présente ici un écoulement intermittent.

L. Cheinisse.

B. P. Kouchelevsky (de Ekaterinenbourg). ***Le traitement de la fièvre récurrente par l'arsénobenzol et le mécanisme d'action du néosalvarsan dans la phase apyrétique.*** — La plupart des sujets atteints de fièvre récurrente venant à l'hôpital vers la fin de l'accès où même au début de la phase apyrétique, K. s'est demandé s'il convenait d'attendre le second accès ou d'employer le néosalvarsan pendant la période d'apyrexie.

En injectant le néosalvarsan pendant la phase apyrétique à 172 malades (91 hommes, 52 femmes et 29 enfants), il a pu constater que l'efficacité thérapeutique dépend à la fois du jour de l'apyrexie où l'on fait l'injection et de la dose injectée. Les meilleurs résultats sont obtenus au 4e jour de la phase apyrétique; viennent ensuite les 5e, 3e et 7e jours, puis le 1er et 2e, et, enfin, les 8e et 6e jours fournissent les résultats les plus défavorables.

Pour ce qui est de la dose, K s'élève contre les doses uniformes de 0 gr. 30 ou de 0 gr. 45 recommandées par les auteurs Il estime qu'il est plus rationnel d'employer le néosalvarsan à raison de 0 gr. 01 par kilogr. de poids; toutefois, dans 3 cas où le poids des malades était respectivement de 63, 68 ou 70 kilogr., il n'a pas dépassé la dose de 0 gr. 60.

Dans 20 cas où l'injection a pu être pratiquée au 4e jour de l'apyrexie, on n'a pas enregistré une seule récidive, ce qui tend à prouver que le néosalvarsan agit pendant la phase apyrétique tout aussi bien ou, peut-être, même mieux qu'au cours de l'accès. Il convient d'ajouter que l'injection d'une dose suffisante au 4e jour de la période apyrétique amène une diminution rapide du volume de la rate et du foie, ainsi que la disparition des douleurs musculaires et articulaires, souvent extrêmement pénibles. En outre, cette injection ne s'accompagne d'aucune réaction, contrairement à ce qui a lieu lorsque le néosalvarsan est injecté au cours même de l'accès. L. Cheinisse.

P. Ya. Koutomanov (de Kharkov). ***Contribution à l'étude des injections épidurales de solution physiologique dans le traitement des névralgies cérébro-spinales en général et de la sciatique infectieuse en particulier.*** — La dose de solution physiologique de chlorure de sodium employée en injection épidurale contre les névralgies varie, suivant les auteurs, de 5 à 18 cmc. Or, cette dose doit être, avant tout, en rapport avec la localisation du foyer sur lequel on cherche à agir Une névralgie sciatique, par exemple, n'exige pas la même quantité de liquide qu'une névralgie intercostale, et, pour la névralgie sciatique elle-même, la dose de solution à injecter pourra varier suivant la localisation du processus.

D'après les recherches qui font l'objet du présent travail (dont la première partie a paru dans le n° 4), dans les cas où le foyer morbide est localisé aux racines du plexus sacro-coccygien, il suffit d'injecter de 10 à 20 cmc de solution physiologique. S'agit-il d'une lésion du plexus sacré et des racines au niveau des ganglions intervertébraux, ainsi que des segments périphériques des derniers nerfs lombaires, il faut injecter de 40 à 80 cmc de liquide. Enfin, dans les névralgies des racines intercostales, bronchiques, thoraciques et cervicales, la quantité de solution physiologique à injecter sera de 50 à 100 cmc.

A en croire K., l'introduction de ces quantités considérables de liquide serait tout à fait inoffensive, l'espace épidural pouvant, chez l'homme adulte, contenir de 150 à 350 cmc (environ 240 cmc en moyenne). Que l'on injecte 10 cmc ou 80 cmc, les malades n'éprouvent aucune différence, pourvu que le liquide soit introduit lentement.

Entre les mains de K., les injections épidurales de solution physiologique ont donné d'excellents résultats dans les sciatiques d'origine infectieuse, notamment dans celles consécutives au typhus exanthématique, où, sur 32 cas, on a obtenu 28 guérisons complètes, ce qui représente une proportion de plus de 87 pour 100 Dans 10 de ces cas, il s'est écoulé déjà 4 ans sans qu'il y ait eu récidive.

L. Cheinisse.

THÉRAPEUTITCHESKY ARKHIV

(*Moscou*)

Tome II, fasc. 1, 1924.

Prof. P. N. Nicolaïev (de Kazan). ***Index cardio-vasculaire.*** — Pendant ces 3 dernières années, N. a étudié, chez plus de 800 sujets, bien portants ou malades, la pression différentielle, la pression minima et le nombre des pulsations. Il a ainsi été à même de se convaincre que le rapport entre la pression différentielle (PD) et le nombre des pulsations (p), loin de présenter des variations purement accidentelles, peut être considéré comme un index du pouvoir systolique du myocarde.

Dans les conditions normales, ce rapport $\frac{PD}{p}$, désigné par la lettre K, est un peu supérieur à 1/2. Pour calculer rapidement la valeur de K, on peut se servir de la formule : $PD - \frac{p}{2}$, qui indique immédiatement de combien le rapport $\frac{PD}{p}$ est $>$ ou $<$ 1/2. Supposons, par exemple, $\frac{Mx}{Mn} = \frac{135}{85}$ et $p = 88$. Le rapport $\frac{PD}{p} = \frac{50}{88}$ ou $K = \frac{50 - 44}{88} = \frac{6}{88}$. On dira alors que K = 6. La valeur de K peut ainsi varier de 0 à 10.

A mesure que le sujet avance en âge et que les artères deviennent plus dures, l'index K augmente, la pression Mn restant normale.

Le rapport $\frac{K}{Mn}$ peut être utilisé à titre d'index cardio-vasculaire En étudiant cet index cardio-vasculaire, on arrive à distinguer deux formes d'hypertension : 1° une hypertension compensatrice (ou cardiaque) avec pression Mn normale ou diminuée, et 2° une hypertension vraie avec pression Mn supérieure à la normale Lorsque cette dernière forme d'hypertension s'associe à la première, la pression Mx augmente encore, et le rapport $\frac{K}{Mn}$ est alors au-dessus de 1.

Un pouls fréquent avec K nettement négatif témoigne d'une insuffisance cardiaque.

L. Cheinisse.

N V. Potté (de Pétrograd). ***Contribution à l'étude du reflux du contenu duodénal dans l'estomac*** — Les recherches de P. ont porté sur 50 sujets, dont 30 avec acidité normale ou moyenne du suc gastrique, 5 avec hyposécrétion, et 15 avec absence d'acide chlorhydrique libre (3 d'entre eux présentaient une achylie complète avec absence de pepsine).

P. a pu constater que le reflux du contenu duodénal dans l'estomac se produit presque exclusivement à jeun et à la fin de la digestion stomacale, et cela indépendamment du degré d'acidité.

En cas d'absence d'acide chlorhydrique libre et d'acidité totale faible, la quantité du contenu duodénal pénétrant dans l'estomac est peu considérable, mais le reflux se produit souvent. Dans les cas d'acidité élevée, la quantité de ce contenu duodénal refoulé est plus grande, mais le reflux fait défaut en pleine digestion.

Dans l'ulcère de l'estomac, le reflux du contenu duodénal ne diffère point de ce que l'on observe dans les cas sans ulcus, avec acidité accentuée.

En règle générale, le reflux porte à la fois sur la bile et sur le suc pancréatique. La présence dans l'estomac de trypsine sans bile s'observe rarement, et l'on n'en décèle alors que de faibles quantités.

L. Cheinisse.

VESTNIK KHIROURGUII I POGRANITCHNYKH OBLASTEÏ

(*Moscou*)

Tome III, fasc. 7, 1923.

M M Diterikhs (de Ialta). ***Sur les interventions chirurgicales dans la tuberculose pulmonaire.*** — On peut diviser les opérations chirurgicales préconisées contre la tuberculose pulmonaire en deux grands groupes, suivant qu'elles sont appelées à agir directement ou indirectement sur le foyer atteint du parenchyme pulmonaire.

Le 1er groupe comprend la pneumotomie et la pneumectomie. Théoriquement, la résection de la partie malade du poumon paraît plus rationnelle que la simple ouverture et drainage des cavernes pulmonaires. On trouve, dans la littérature médicale, une douzaine de cas où l'éradication du foyer tuberculeux a donné un résultat durable ; Tuffier notamment a vu une survie de 7 ans. Deux objections peuvent, cependant, être faites contre cette intervention : 1° le processus tuberculeux peut, dès le début, ne pas être limité au sommet pulmonaire, et les moyens d'exploration ne renseignent pas toujours très exactement sur l'étendue des lésions dans cette période ; 2° la pneumectomie doit être effectuée dès le début de la maladie, alors que l'on n'est pas encore fixé sur l'évolution ultérieure du processus et que l'on peut, somme toute, s'attendre à une cicatrisation spontanée, obtenue à moins de frais.

Les interventions à effet indirect sur le foyer tuberculeux sont basées sur deux principes diamétralement opposés : l'opération de Freund (chondrotomie) vise à favoriser la ventilation pulmonaire du sommet, tandis que d'autres interventions cherchent à obtenir l'immobilisation et le collapsus du poumon.

En se basant tant sur les résultats publiés que sur sa propre expérience, D. considère comme appelées à un certain avenir l'opération de Wilms (résection des côtes et des cartilages costaux en deux temps), celle de Freund, celle de Tuffier (décollement pleuro-pariétal ou pneumolyse du sommet, avec greffe organique ou inorganique) et peut-être aussi l'opération de Stürtz ou résection du nerf phrénique (voir, pour cette dernière intervention, les analyses des travaux récents de Landé et de Lehmann dans *La Presse Médicale* du 10 Mai 1924, Analyses, p. 86). L. Cheinisse.

B I. Morgoulis (de Krementchoug). ***Ulcus de la partie cæcale de l'iléon ou ulcus précæcal.*** — Les recherches de Strajesko ont montré que la valvule de Bauhin joue par rapport au contenu de l'intestin grêle un rôle analogue à celui du pylore par rapport au contenu gastrique. De plus, la muqueuse de la partie cæcale de l'iléon est infiniment plus sensible à l'égard de divers agents chimiques que celle du cæcum. Il y a donc là un ensemble de conditions anatomo physiologiques susceptible de favoriser la formation d'ulcérations précæcales. Celles-ci sont, dans la grande majorité des cas (de 75 à 80 pour 100), de nature tuberculeuse.

Cliniquement, l'affection débute par une période latente, caractérisée par une douleur ou, plus exactement, une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite, en l'absence de crises typiques d'appendicite et sans défense musculaire. Il existe, en même temps, des troubles généraux : anémie, faiblesse générale, dénutrition accentuée, etc.

Plus tard, on voit se manifester des signes typiques d'ulcus : une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, entrecoupée parfois de crises douloureuses très violentes rappelant l'ulcère de l'estomac ; de la diarrhée, alternant ou non avec de la constipation ; le ventre est gros et ballonné, contrastant ainsi avec l'amaigrissement général ; le malade est très faible et se trouve sujet à des accès de collapsus ; la température reste presque toujours normale. A la palpation, l'iléon se présente sous forme d'un cordon douloureux et inégal, parfois « en graines de chapelet » : généralement, en exerçant une pression avec la pulpe du pouce, on parvient à trouver un point douloureux nettement délimité et qui correspond au siège de l'ulcération.

A une période plus tardive encore, le processus envahit le cæcum : les parois de celui-ci deviennent infiltrées et son calibre se rétrécit. En même temps des sténoses cicatricielles se développent dans la partie cæcale de l'iléon. Cliniquement, on assiste alors à des accès d' « iléus en miniature », avec coliques intenses, péristaltisme visible de l'intestin et, parfois, météorisme local D'autres fois, il se développe une pérityphlite chronique, analogue à la périgastrite des ulcères juxta-pyloriques.

L'évolution est variable. Une ulcération petite peut se cicatriser et ne plus se traduire par aucun trouble pendant de longues années. Mais les ulcérations peuvent aussi devenir multiples, récidiver et aboutir à la cachexie, sans compter les complications éventuelles : perforation, hémorragies, adhérences, etc.

Le plus souvent, l'ulcus précæcal reste méconnu et on le confond avec l'appendicite. Celle-ci s'en distingue, cependant, par le caractère de la douleur, par les accès fébriles, les vomissements, la défense musculaire.

A une phase plus tardive, la tuberculose du cæcum se laisse facilement confondre avec le cancer. On se rappellera que celui-ci est beaucoup plus rare que la tuberculose et que son évolution est moins longue. Dans la tuberculose, on perçoit, à la palpation, l'intestin avec ses parois épaissies, alors que, dans le cancer, la tumeur ne permet pas de distinguer l'intestin au palper. La sténose, précoce dans le cancer, n'apparaît que tardivement au cours de la tuberculose. Enfin, la présence de bacilles de Koch dans les selles facilitera ce diagnostic différentiel, mais les bacilles ne se laissent pas toujours déceler, et l'on peut, d'autre part, avoir affaire à des bacilles pseudo-tuberculeux. L. Cheinisse.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX

(Paris)

Tome XCVII, n° 37, 6 et 8 Mai 1924.

L. Babonneix. ***Traitement médical de la paralysie infantile.*** — B. passe en revue toutes les ressources dont on dispose pour traiter une paralysie infantile. Il convient, dans la direction du traitement, d'envisager deux phases de la maladie.

A la *phase aiguë*, il faut avoir recours : 1° à certaines médications physiques, bains chauds, ponctions lombaires, au moins les premiers jours; 2° à une médication biologique : injections intrarachidiennes et intramusculaires de sérum antipoliomyélitique; 3° à une hygiène convenable : repos complet au lit, en mettant les muscles malades dans la meilleure position physiologique, surveillance attentive des téguments, alimentation liquide, isolement du malade et de son entourage, désinfection de tout ce qui le touche ou émane de lui, déclaration obligatoire.

Il faut se garder, à cette période, de recourir, soit aux massages, soit à l'électrisation sous quelque forme que ce soit, et attendre pour les employer que la température soit tombée.

La *phase chronique* est justiciable, avant tout, des médications physiques : 1° électrothérapie, sous trois formes principales : radiothérapie, à entreprendre dès la défervescence; diathermie, d'application également très précoce; électrisation méthodique des nerfs et des muscles; 2° bains salés *chauds*; 3° massage, mobilisation et rééducation. C'est également à cette phase qu'il convient d'entreprendre, aussi tôt que possible, un traitement orthopédique, complété plus tard, s'il y a lieu, par diverses opérations chirurgicales.

Enfin, au point de vue social, B. pense, avec Nobécourt et Duhem, qu'il y aurait lieu de créer pour ces sujets, devenus des non-valeurs sociales, soit des maisons de santé, soit des services hospitaliers, spécialement aménagés et outillés, nantis d'un personnel spécialisé, et comportant en outre des ateliers.

L. Rivet.

N° 41, 20 et 22 Mai 1924.

A. Lemierre et Jean Lévesque. ***Quels enseignements peut-on tirer en clinique de l'examen des liquides d'ascite?*** — L. et L. ont étudié le liquide ascitique de 27 malades avec les 3 procédés suivants : cytodiagnostic; dosage de l'albumine totale à l'aide d'un réfractomètre, ou plus simplement à l'aide du tube d'Esbach en diluant le liquide péritonéal à 1/10; évaluation de la quantité de fibrine, non pas par pesée, mais par l'appréciation du coagulum fibrineux.

L'ascite des cirrhoses alcooliques est, dans la règle, le type du transsudat : albuminose au-dessous de 12 grammes, absence de fibrine, cytologie faite de placards endothéliaux. Toute modification de cette formule indique une anomalie ou une complication.

La polynucléose permet d'affirmer l'existence d'une péritonite aiguë à pyogènes.

La lymphocytose n'est pas due le plus souvent à des infections anaérobies, consécutives aux paracentèses. Elle est rarement le fait de la tuberculose, qui est relativement peu fréquente au cours de la cirrhose de Laënnec, tandis qu'elle apparaît presque fatalement au cours des cirrhoses malignes. Elle semble être fonction de périhépatite et de périsplénite : celles-ci sont habituellement légères au cours des cirrhoses alcooliques et ne donnent lieu qu'à de la lymphocytose peu abondante; mais si ces périviscérites sont intenses, engendrant de la douleur, un état subfébrile, des modifications radicales de la formule du liquide, dans le sens de l'exsudat, on a des raisons de penser à la syphilis.

L'ascite des anasarques, suffisamment développée pour être ponctionnée, ne se rencontre guère que chez des asystoliques (9 cas étudiés). La formule est mixte, mi-inflammatoire, mi-mécanique : liquide très fibrineux, coagulant spontanément; cytologie mixte, faite de nombreux placards endothéliaux et de très nombreux lymphocytes; albuminose variant entre 18 et 35 grammes. Dans certains cas, des lésions inflammatoires de la séreuse constituent un point d'appel pour les œdèmes sous-cutanés qui se résorbent après la ponction de l'ascite pour affluer vers la cavité péritonéale et y reconstituer l'épanchement.

Restent les *exsudats ascitiques des péritonites et des cancers du péritoine*. Dans les exsudats, épanchements inflammatoires, on trouve un taux d'albumine de 40 grammes et plus. La quantité de fibrine ne peut permettre de distinguer le cancer du péritoine de la péritonite tuberculeuse. Le cytodiagnostic est plus intéressant, montrant dans le cancer une formule bigarrée, mélange de lymphocytes et de placards endothéliaux, alors que, dans la péritonite tuberculeuse, on trouve une lymphocytose pure, sans placards endothéliaux, avec cellules endothéliales isolées et macrophages; cette lymphocytose est toujours abondante (100 à 200 éléments par champ), non comparable avec la maigre lymphocytose des ascites cirrhotiques compliquées.

Lorsqu'il y a contradiction entre le diagnostic clinique et les données de l'examen du liquide ascitique, le médecin doit être amené à rechercher une particularité qui aurait échappé à son investigation.

Schématiquement, le dosage de l'albumine permet de classer les épanchements : une albuminose au-dessous de 12 grammes indique la prédominance de l'action mécanique; à partir de 40 grammes et au-dessus, la nature inflammatoire de l'exsudat est certaine; de 16 à 35 grammes, il s'agit à coup sûr d'une ascite d'origine mixte (asystolie, syphilis). Sur ce classement ainsi opéré, le cyto-diagnostic et l'étude de la fibrine permettent de préciser davantage l'étiologie et l'état anatomique en cause.

L. Rivet.

LE JOURNAL MEDICAL FRANÇAIS

(Paris)

Tome XIII, n° 3, Mars 1924.

L. Gallavardin. ***Valeur séméiologique des hypertensions artérielles modérées.*** — Les hypertensions artérielles modérées, situées entre 150 et 200 mm. Hg, constituent une sorte de carrefour où se rencontrent, à côté de la grande hypertension future, des hypertensions graves qui, faute de souffle, ne pourront aller plus loin; des hypertensions avortées en quelque sorte dans leur évolution et qui s'éterniseront dans ce stade moyen; de simples réactions hypertensives enfin, de nature profondément différente, et qui affectionnent ces taux modérés de l'échelle tensionnelle. G. fait l'inventaire de toutes ces variétés.

Il distingue deux types dans cet essai d'orientation :

1° Les *types tensionnels anormaux* sont ceux dans lesquels les rapports entre les deux tensions sont altérés dans un sens ou dans l'autre. Les hypertensions diastoliques sont des hypertensions décapitées : on les rencontre dans certaines néphrites subaiguës avec fléchissement cardiaque précoce, dans les hypertensions artérielles défaillantes, enfin dans certains cas d'hypertension diastolique latente avec ou sans galop, précédant tout trouble fonctionnel. Les hypotensions diastoliques se voient notamment dans les insuffisances aortiques.

2° Dans les *types tensionnels normaux*, les rapports entre les deux tensions sont ce qu'ils doivent être. Dans ce type, G. distingue trois groupes de malades.

Il y a d'abord des *grands malades* : certaines asystolies au cours de lésions valvulaires; aortites; angine de poitrine; gros cœurs arythmiques; cardiopathies hypertrophiques graves, néphrites chroniques sévères. Dans tous ces cas l'importance de la mensuration tensionnelle est accessoire dans le tableau clinique.

Vient ensuite le groupe des *petits malades* : hypertendus légèrement troublés qui viennent par exemple consulter pour des accidents vertigineux, de la dyspnée d'effort, des épistaxis à répétition. A côté des malades qui ne représentent qu'un stade évolutif de la grande hypertension progressive, on trouve notamment dans ce groupe les hypertensions des sympathiques, hypertensions dont la caractéristique est précisément de demeurer dans le stade moyen; parmi les sympathiques, G. envisage notamment le goitre exophtalmique, le grand groupe des tachycardiques, tant étudié pendant la guerre, et certaines hypertensions juvéniles.

Le troisième groupe est constitué par des sujets en apparence bien portants, porteurs d'*hypertensions bien tolérées* : hypertension artérielle des néphrites, hypertensions artérielles solitaires, dont la nature échappe. Parmi ces dernières, il en est de rapidement ou de lentement progressives, de stationnaires, de régressives enfin, surtout chez des syphilitiques traités.

Il est enfin des cas mixtes.

On comprend l'intérêt de cette zone moyenne, et l'importance qu'il y a à établir la discrimination des divers types qui s'y rencontrent et dont l'évolution ultérieure sera si disparate. A ce stade, le pronostic ne sera pas donné par le sphygmomanomètre, mais par l'étude complète et minutieuse de chaque cas particulier.

L. Rivet.

Camille Lian et André Lambling. ***L'hypertension et l'artériosclérose (leurs rapports cliniques et pathogéniques).*** — L'hypertension artérielle n'est pas assez fréquente chez les artérioscléreux pour qu'on puisse la considérer comme un symptôme de l'artériosclérose. Inversement, l'artériosclérose n'est pas non plus un symptôme ni un stade évolutif de l'hypertension artérielle. Par contre, la sclérose de l'aorte (dans l'aortite syphilitique, comme dans l'athérome aortique) est capable d'entraîner à elle seule comme conséquence une hypertension artérielle à formule sphygmomanométrique divergente par élévation de la pression maxima. En outre, elle peut imprimer cette allure divergente à la formule sphygmomanométrique d'un sujet présentant de l'hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle n'est ni exclusivement d'origine extra-rénale (Vaquez), ni exclusivement d'origine rénale (Widal). Elle peut être la conséquence de lésions rénales. Elle peut, dans d'autres cas, exister à l'état transitoire et permanent en l'absence de lésions rénales. Dans ces deux éventualités, l'hypertension est l'expression d'une perturbation endocrino-sympathique qui relève d'une néphrite ou d'une maladie générale. Enfin, dans la plupart des cas, une dyscrasie connue (syphilis, plomb, etc.), ou inconnue (dyscrasie de la cinquantaine) est en cause. Elle entraîne à la fois une perturbation endocrino-sympathique hypertensive et une néphrite qui exagère le trouble endocrino-sympathique hypertenseur. C'est cette même dyscrasie, ou deux états dyscrasiques voisins, qui semblent entraîner l'hypertension vers la cinquantaine, et l'artériosclérose à un âge plus avancé.

L. Rivet.

Paul Cottenot. ***La radiothérapie surrénale dans l'hypertension artérielle.*** — Cette méthode thérapeutique est basée sur le rôle de l'hyperépinéphrie dans la pathogénie de l'hypertension artérielle et de l'artériosclérose.

Zimmern et Cottenot ont montré que les glandes surrénales, organes remarquablement fixes, de repérage facile, sont aisément accessibles à la radiothérapie, en faisant porter l'irradiation sur une zone paravertébrale comprise entre la 11ᵉ vertèbre dorsale et le bord supérieur de la 3ᵉ vertèbre lombaire; la profondeur à laquelle se trouve la glande est en moyenne de 10 à 12 cm.

Les appareillages actuels, grâce à la grande pénétration de leur rayonnement, permettent une irradiation intensive des surrénales en utilisant, au besoin, en plus de la porte d'entrée lombaire, une ou même deux portes d'entrée antérieures. D'ailleurs de faibles doses de rayonnement sont parfois suffisantes, et, avec la technique imparfaite d'alors, C. a pu obtenir, il y a une dizaine d'années, des abaissements de la pression artérielle chez un certain nombre d'hypertendus (Sergent et Cottenot). Ces abaissements ne furent constatés que chez des sujets hypertendus non athéromateux, sans lésions rénales; par contre, chez les artérioscléreux albuminuriques, l'irradiation surrénale se montra sans effet.

L. Rivet.

REVUE MÉDICALE DE L'EST

(**Nancy**)

Tome LII, nº 5, 1er Mars 1924.

E. Abel. ***Des variations de la cytologie dans la méningite tuberculeuse.*** — La règle formulée par Sicard demeure vraie, mais les exceptions sont assez fréquentes. D'une part, la lymphocytose n'est pas l'apanage exclusif de la méningite tuberculeuse. D'autre part, la méningite tuberculeuse ne s'accompagne pas toujours de lymphocytose pure : il est des cas à formule mixte, dans laquelle prédominent tantôt les lymphocytes, tantôt les polynucléaires ; on peut même voir de la polynucléose pure. En 2 ans, sur 21 cas de méningite tuberculeuse de l'enfant, A. a observé 10 fois une formule lymphocytaire pure ou presque pure ; 5 fois une formule mixte à prédominance lymphocytaire ; 4 fois une formule polynucléaire ; 2 fois une formule cytologique négative. Il relate les 4 cas à formule polynucléaire, formule qui peut être transitoire ou durable, et qui ne correspond pas à une allure clinique spéciale. Il relate ensuite les deux cas à formule cytologique nulle, qu'il rapproche de quelques cas antérieurement publiés par divers auteurs : ici encore l'anomalie est passagère ou durable, et l'on manque pour ces cas d'une interprétation pathogénique satisfaisante.

L. Rivet.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(**Leipzig**)

Tome L, nº 19, 9 Mai 1924.

H. Biermer. ***La signification diagnostique de la courbe de la glycémie dans les cancers digestifs.*** — Friedenwald et Grove, en 1922, ont soutenu que l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée permet d'obtenir une courbe très spéciale de la glycémie au cas de cancer digestif. La glycémie, relativement élevée à jeun, s'élèverait fortement et surtout se maintiendrait pendant longtemps (plus de 2 heures) à un niveau élevé. En 1923 Le Noir, Mathieu de Fossey et Richet fils n'avaient pas pu confirmer les assertions des deux auteurs américains. A son tour, B. a voulu contrôler leurs dires et il arrive aux mêmes conclusions que Le Noir et ses collaborateurs. Parmi 15 cas de cancer gastrique et intestinal, 2 seulement fournirent une courbe de l'hyperglycémie se rapprochant des courbes cancéreuses de Friedenwald ; par contre une sténose non cancéreuse du pylore donna la courbe cancéreuse. Cette épreuve ne fournit donc aucune indication diagnostique valable. A noter que dans la cachexie tuberculeuse, B. a observé des ascensions très élevées de la glycémie, mais suivies d'une chute assez rapide, qu'il attribue à ce que la formation du glycogène est d'autant plus lente que la teneur du foie en cette substance a été abaissée par le fait de l'inanition ou de la cachexie.

P.-L. Marie.

A. Böttner. ***Recherches cliniques et expérimentales sur la question de la transfusion du sang citraté et de l'anaphylaxie.*** — Le mécanisme des accidents consécutifs à la transfusion du sang citraté chez l'homme n'est pas encore bien élucidé ; certains invoquent des lésions des plaquettes et des hématies libérant des ferments, d'autres la réaction réciproque des agglutinines et des hémolysines du donneur et du récepteur, bien que la compatibilité des 2 sangs ne mette pas à l'abri des accidents ; d'autres enfin y voient des manifestations anaphylactiques (Wolle, Studzinski).

Les expériences de B. chez le cobaye, ce réactif pourtant si sensible des états anaphylactiques, ne plaident guère en faveur du rôle de l'anaphylaxie. Jamais il n'observa la mort de l'animal lors de la réinjection du sang citraté d'un de ses congénères ; tout au plus nota-t-il, surtout chez les femelles, quelques manifestations pouvant faire penser à l'anaphylaxie.

Cependant, dans la suite, B. eut l'occasion d'observer, lors de la seconde transfusion, chez 3 malades atteints d'anémie pernicieuse, des accidents impressionnants (érythème généralisé immédiat, vomissements, selles abondantes, puis frissons, hyperthermie) qui, dans un cas, se terminèrent par la mort, bien que les sangs transfusés fussent parfaitement compatibles avec ceux des récepteurs. Ce syndrome éveillait l'idée d'anaphylaxie. Un des patients présenta une éosinophilie passagère que B. retrouva chez 2 autres malades atteints d'anémie pernicieuse ayant subi la transfusion sans accident et qu'il met sur le compte de cette dernière. Cette éosinophilie sanguine et tissulaire serait précisément caractéristique de l'anaphylaxie subaiguë vis-à-vis des protéines (Schlecht). Il faut remarquer que, dans le cas mortel, on ne trouva ni embolie ni thrombose, il paraissait donc s'agir d'une action toxique ou irritative.

Bien que B. ne se croie pas en droit d'affirmer l'origine anaphylactique de ces accidents, il recommande dans l'anémie pernicieuse de ne point répéter la transfusion pendant le stade anaphylactique, en raison de l'action irritante qu'elle peut avoir et des accidents impossibles à prévoir qu'elle peut déchaîner.

P.-L. Marie.

A. Mader. ***L'insuffisance digestive idiopathique.*** — Cette affection assez commune et désignée aussi sous les noms de maladie de Herter ou de Heubner, d'infantilisme intestinal, est propre à la seconde enfance. Il s'agit de sujets présentant un retard de développement corporel associé à des troubles intestinaux et à de la fatigabilité physique et psychique, bien que l'intelligence soit normale et souvent même brillante. Les troubles graves de la nutrition et des processus métaboliques dominent la scène et peuvent entraîner, au cours d'une évolution qui est très prolongée et sujette à des exacerbations périodiques, des chutes de poids très accusées en quelques jours qui s'accompagnent parfois de symptômes impressionnants rappelant ceux du collapsus et éveillant des craintes d'autant plus grandes que toute alimentation semble impossible ou que le plus rationnel des régimes détermine des réactions fâcheuses. Toutefois une issue fatale est absolument exceptionnelle. Après une très longue durée dans les cas graves, le malade guérit presque toujours lorsque s'installe la puberté.

L'étiologie est encore obscure. Herter a invoqué la persistance de la flore intestinale du nourrisson à *B. bifidus* ; mais l'augmentation subite de virulence d'un micro-organisme intestinal inoffensif jusque-là est peu admissible ; d'ailleurs tout phénomène inflammatoire fait défaut et la transformation de la flore intestinale réalisée grâce au changement de régime n'améliore guère la situation. La remise au sein d'un enfant déjà âgé, recevant antérieurement une alimentation mixte, malgré la réapparition de la flore intestinale primitive, ne suscite point de manifestations rappelant l'insuffisance digestive. Pour M., c'est surtout l'état nerveux qu'il faut incriminer. Ces enfants présentent les signes de la constitution névropathique et de l'hyperexcitabilité du système végétatif : réflectivité exagérée, agitation motrice, irritabilité, poltronnerie, mydriase, fentes palpébrales larges, réflexe oculocardiaque exagéré, troubles vaso-moteurs, hypersécrétions de toute nature. Le chimisme gastrique accuse le plus souvent de l'hyperchlorhydrie et de l'hyperacidité. Le caractère des selles est variable et souvent peu en rapport avec le régime suivi ; les selles acides de fermentation prédominent cependant, assez souvent, mélangées de mucus, parfois de sang ; dans les périodes de calme, il y a tendance aux selles de putréfaction riches en savons d'acides gras, en graisses neutres et en acides gras. La flore intestinale suit les variations des selles et ne se montre pas douée de propriétés pathogènes spéciales. L'éosinophilie sanguine mérite une mention spéciale ; elle semble en rapport avec l'hyperexcitabilité du système végétatif. Les stigmates nerveux de la maladie sont pour M. de nature primitive, et non la conséquence de l'intoxication intestinale. D'ailleurs, on retrouve presque toujours des signes de névropathie constitutionnelle chez les ascendants.

Le traitement est fort ingrat. Dans le régime, les albumines, en particulier celles du lait (lait albumineux, fromage blanc) et la gélatine sous diverses formes doivent prédominer ; on aura soin de varier les mets, point important chez les nerveux, et même le milieu. Le remplacement brusque d'un régime très sévère par une alimentation mixte a parfois d'heureux effets. L'adrénaline est indiquée au cas de diarrhée intense ; l'atropine peut être essayée. La chaux sous ses différentes formes se montre souvent utile.

P.-L. Marie.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(**Munich**)

Tome LXXI, nº 15, 11 Avril 1924.

H. Selter. ***Immunité vis-à-vis de la tuberculose, sensibilité à l'égard de la tuberculine, allergie tuberculeuse.*** — La multiplicité des termes employés pour désigner les processus d'immunité dans la tuberculose rend de plus en plus difficile la compréhension des publications sur ce sujet. Aussi S. revise-t-il les diverses appellations usitées dans un but de simplification et de clarté.

On peut se contenter du terme *immunité* pour désigner la résistance conférée à l'organisme déjà tuberlisé vis-à-vis des réinfections, bien démontrée aujourd'hui. Les termes d'immunité relative, d'immunité par infection sont superflus. Il suffit de savoir que cette immunité vis-à-vis de la tuberculose a certains caractères spéciaux, en particulier qu'elle est liée à une primo-infection par des bacilles notablement virulents, capables de déterminer un foyer dans l'organisme, et qu'elle existe tant que persistent des bacilles vivants, la guérison parfaite de ce foyer tuberculeux, disparition de tous les bacilles, amenant la disparition de l'immunité, ce qu'on retrouve dans l'immunité vis-à-vis de la syphilis. En fait cette guérison absolue n'existe guère, puisque les vieillards très bien portants réagissent 99 fois sur 100 à la tuberculine.

L'immunité antituberculeuse est liée non à des anticorps présents dans le sérum comme dans les autres infections, mais aux cellules de l'organisme infecté, et semble reposer sur une modification des propriétés physico-chimiques cellulaires rendant la cellule capable d'écarter les bacilles. Ce changement se traduit par une susceptibilité marquée à l'égard de divers agents d'irritation, en particulier de la tuberculine, si bien que la *sensibilité à la tuberculine* est en relations intimes avec l'immunité antituberculeuse. Pour démontrer cette immunité, l'épreuve de la réinfection chez l'animal infecté expérimentalement est un moyen de valeur. Or elle permet d'établir que l'immunité est déjà décelable avant que les tissus ne soient encore devenus manifestement sensibles à la tuberculine. On peut donc ajouter que la sensibilité à la tuberculine dépend de l'immunité antituberculeuse. Sans immunité, pas de sensibilité à la tuberculine. Mais cela n'implique pas un parallélisme absolu entre les deux phénomènes. Cette sensibilité à la tuberculine n'a rien à voir, quoi qu'on en ait dit, avec l'anaphylaxie ; aussi faut-il rejeter le terme d'hypersensibilité tuberculinique. Il existe bien une anaphylaxie vis-à-vis de l'albumine des bacilles tuberculeux absolument distincte de la sensibilité des bacilles à la tuberculine, mais elle n'a qu'un intérêt théorique, n'intervenant pas dans la tuberculose humaine.

Le terme allergie est employé aujourd'hui dans les sens les plus divers en matière de tuberculose. Il désigne en réalité toute modification d'état survenue dans un organisme à la suite de son contact avec un poison organique. C'est donc un terme très général qui englobe les diverses réactions d'immunité au sens le plus général. L'immunité proprement dite n'est qu'une subdivision de l'allergie. Selon S. l'allergie s'applique donc à la fois à l'immunité antituberculeuse et à la sensibilité à la tuberculine. Le terme d'*anergie* doit être proscrit. Employé pour désigner l'état des cellules dépourvues de faculté de réaction vis-à-vis de la tuberculose, il est illogique ; cet état n'existe pas même chez le sujet normal non encore infecté dont les cellules, au contraire, se montrent particulièrement sensibles vis-à-vis des bacilles. Chez l'individu infecté, ce n'est que le mode de la faculté de réaction qui est changé, les cellules étant devenues insensibles à l'action des bacilles, sensibles à la tuberculine. C'est cette modification de la capacité de réaction que Pirquet a appelée allergie.

Comme les degrés de sensibilité à la tuberculine sont variables, S. propose les expressions sensibilité à la tuberculine diminuée positivement, lorsqu'il s'agit d'un processus favorable pour l'organisme (guérison d'un foyer tuberculeux), sensibilité diminuée négativement au cas d'évolution défavorable. Le mot d'anergie disparaît. Il vaudrait mieux ne pas employer celui d'allergie pour désigner la sensibilité à la tuberculine, mais le réserver pour indiquer les phénomènes d'immunité propres aux infections chroniques (opposés à ceux des infections aiguës) au


ANÉMIE
LYMPHATISME
"Calciline"
RECALCIFICATION
REMINÉRALISATION
2 Formes :
COMPRIMÉS GRANULÉ
3 Types :
Calciline
Calciline Adrénalinée
Calciline Méthylarsinée.
Pos. : 2 comprimés ou une mesure dans un peu d'eau avant chaque repas. Enfants 1/2 dose.
ODINOT 21, Rue Violet PARIS
CHLOROSE
TUBERCULOSE
Prescrire : "Cal-ci-li-ne"


ESTOMAC-INTESTIN
"Gastro Sodine"
ODINOT PARIS 21, Rue Violet.
TROIS FORMULES
TROIS PRESCRIPTIONS
par C. à S.
Bicarb. 2, Phosph. 1, Sulfate de Soude 0,50
Prescrire "GASTRO-SODINE"
Sulfate 2, Phosph. 1, Bicarb. de Soude 0,50
Prescrire "GASTRO-SODINE" Formule S
Bicarb. 2, Phosph. 1, Sulfate de Soude 0,50, Bromure de Sodium, 0 25
Prescrire "GASTRO-SODINE" Formule B
Une cuillerée à café, tous les matins à jeun, dans un verre d'eau, de préférence chaude.
R. C. S. 76524


PLASMA OXY-ORGANO
OMNIUM
NUTRITIONIS
MORBORUM
CYTOSAL
THERAPIA
OMNIPOTENS
POLYMINÉRALISÉ

cours desquelles la résistance vis-à-vis des réinfections repose non sur des anticorps présents dans les humeurs, mais est liée étroitement aux cellules et est due à une modification du protoplasme qui rend la cellule en même temps insensible au virus vivant et plus sensible aux poisons de l'agent infectieux ou à d'autres irritants. P.-L. Marie.

Rahnenführer. *L'importance diagnostique de la gastroscopie.* — R., qui emploie couramment la gastroscopie depuis un an, la considère comme une auxiliaire indispensable du diagnostic. Une technique prudente permet presque à coup sûr d'éviter les accidents qui ont été signalés; sur 120 examens, il n'en a eu aucun. L'opération n'est pas par trop pénible si on la fait précéder d'une injection de morphine et d'une bonne anesthésie du pharynx à la cocaïne. R. a suivi la méthode de Schindler, en respectant les contre-indications posées par cet auteur.

Sur 120 examens pratiqués chez 103 malades, l'introduction du gastroscope réussit 108 fois. Les causes d'échec habituelles furent la cyphose dorsale, la sténose organique de l'œsophage et surtout l'impossibilité de franchir le cardia. La vue de l'estomac fut presque toujours satisfaisante, mais une bande de la paroi postérieure échappe d'ordinaire à l'examen ainsi que le pylore dans nombre de cas et parfois la petite courbure.

La gastroscopie permet de corriger les fausses interprétations radiologiques, particulièrement celles qui ont pour cause une anomalie dans la situation ou la forme de l'estomac, une déformation due à une compression de voisinage, cas où le diagnostic radiologique de cancer est souvent fait. Elle permet encore de préciser la nature organique ou spasmodique d'une sténose pylorique. Dans ce dernier cas il n'est pas rare qu'il existe un spasme concomitant du cardia gênant l'introduction de la sonde; sur les 19 cas où la radioscopie décelait une sténose pylorique, le pylore put être aperçu 15 fois; dans 8 cas, il fonctionnait normalement et on pouvait ainsi éliminer une sténose organique; 7 fois la cause de la sténose put être précisée par la gastroscopie, dans 5 cas il s'agissait d'ulcère de la petite courbure non diagnostiqué; dans un cas, de petits ulcères de l'antre pylorique déterminant un spasme réflexe; dans le dernier, de gastrite polypeuse. Grâce à la gastroscopie il devient possible de distinguer la biloculation due à ces spasmes de celle qui résulte d'une sténose organique; dans le premier cas le gastroscope pénètre assez facilement dans la poche inférieure.

Dans le domaine des gastrites, les méthodes d'exploration utilisées jusqu'ici nous laissent souvent dans l'embarras; avec la gastroscopie il devient possible de voir les modifications de la muqueuse. Il est encore difficile, faute d'expérience suffisante, de dire quelles sont celles qui sont vraiment pathologiques. R. cependant a pu identifier 3 cas de gastrite polypeuse, reconnaissable à ses élevures mamelonnées, 1 cas de gastrite atrophique chez un achylique et 6 cas de gastrite hémorragique caractérisée par de petites érosions, des hémorragies et un enduit abondant de mucus.

Très souvent la gastroscopie a pu confirmer un diagnostic douteux d'ulcère. Dans 16 cas où R. put affirmer la présence d'un ulcère, le diagnostic n'avait pu être posé avec certitude que 5 fois et dans 11 cas la radiologie n'avait pas réussi à mettre la lésion en évidence; la supériorité de la gastroscopie est ici incontestable. La vision directe de l'ulcération permet en outre de suivre les étapes de son évolution et, par suite, de guider la thérapeutique. Ainsi R. a pu constater la cicatrisation après 3 semaines de traitement médical. Il a pu voir également que la disparition d'une niche de Haudek à la radiographie ne signifie pas fatalement la guérison de l'ulcère. Dans 7 cas où l'examen radiologique avait été complètement négatif, la gastroscopie décela un ulcère, en particulier chez un syphilitique qu'on croyait atteint de crises gastriques et chez un homme âgé, anachlorhydrique, suspecté de cancer, qui en réalité avait un ulcère calleux. Il faut bien savoir, d'autre part, qu'une gastroscopie négative n'élimine pas le diagnostic d'ulcère. Ce dernier échappa dans 5 cas où son existence était affirmée radiologiquement. La constatation gastroscopique d'une forte hémorragie plaide en faveur de la présence d'un ulcère.

Le diagnostic précoce du cancer gastrique est appelé à bénéficier grandement de cette méthode. R. a pu déceler un cancer dans un cas où un diagnostic ferme d'ulcère avait été fait au moyen des autres méthodes. P.-L. Marie.

C. R. Rabl. *La théorie de la fixation de la chaux dans l'organisme et son importance pratique.* — Pendant longtemps on a admis que la réaction alcaline, neutre ou acide, réglait dans l'organisme la mise en dissolution ou la précipitation de la chaux. Lorsqu'on découvrit les rapports de la chaux avec les substances colloïdales, cette opinion fut reléguée à l'arrière-plan. Mais, avec les progrès réalisés dans la mesure de la réaction des humeurs, on tend actuellement à revenir à la conception de naguère. R. a montré expérimentalement que, lorsque la réaction se déplace du côté acide vers le côté alcalin, la chaux se sépare des humeurs qui en sont saturées et se dépose dans certains tissus qui sont précisément ceux où il se produit normalement des acides qui laissent après leur départ un milieu alcalin: muqueuse gastrique, reins, poumons, artères de la grande circulation et veines de la petite. Entre la chaux dissoute et la chaux précipitée existe un certain antagonisme: plus la réaction du sang est acide et plus il passe de chaux en dissolution; plus la réaction du sang est alcaline et plus il se dépose de chaux. Cet antagonisme joue un grand rôle dans la teneur en chaux du squelette. R. a montré que lorsqu'il existe un apport alimentaire abondant de chaux, les fréquents changements de la réaction du sang accroissent la teneur en chaux du squelette tandis qu'un état d'acidose persistant aboutit à un dépouillement des os de leur chaux.

Cet état d'hyperacidité de l'organisme existe dans la rachitisme et l'ostéomalacie. Au contraire c'est un état d'alcalose qu'on trouve dans la tétanie, d'où abaissement de la solubilité de la chaux dont la diminution produit les manifestations tétaniques que l'administration d'acides fait disparaître. Les variations physiologiques journalières de la réaction du sang sont sous la dépendance du centre respiratoire qui règle la quantité de CO^2 à éliminer. L'activité de ce centre est elle-même en relations étroites avec d'autres processus cérébraux. Or le début du rachitisme et de la tétanie est marqué par des modifications des fonctions cérébrales, et l'on est en droit d'admettre que les perturbations des variations physiologiques de la réaction sanguine en découlent. Au lieu des changements périodiques de la réaction sanguine, il se produit un état persistant soit d'acidose, et c'est le rachitisme, soit d'alcalose, et c'est la tétanie.

R. a pu appliquer ces données théoriques au redressement des incurvations rachitiques de vieille date. Il donne du chlorhydrate d'ammoniaque qui libère plus de valences acides que de valences alcalines et il provoque de la stase sanguine dans le membre à redresser, ce qui accroît localement l'acidose. Les os se ramollissent suffisamment pour qu'on puisse corriger les déformations. Ensuite il recalcifie avec du lactate de chaux et du phosphate tricalcique aidés d'irradiations ultra-violettes.

Chez les fracturés on devra veiller à éviter les conditions qui créent le rachitisme.

Le squelette joue, à côté de son rôle de charpente, un grand rôle dans la régulation de la réaction sanguine; il renferme en dépôt des bases et, dans les états d'acidose, libère des alcalis. P.-L. Marie.

THE LANCET

(Londres)

Tome CCVI, n° 5254, 10 Mai 1924.

Swale Vincent. *Les relations entre les îlots de Langerhans et les glandes sécrétrices du pancréas.* — S. V. estime que les îlots de Langerhans ne sont pas des formations anatomiques distinctes et séparées, mais qu'ils représentent des portions temporairement modifiées des tubes sécréteurs du pancréas. Il est vrai que divers procédés de coloration permettent de différencier certaines cellules des îlots, mais cette différenciation met peut-être en évidence certaines étapes d'activité cellulaire plutôt qu'elle ne démontre l'existence de types distincts de cellules. D'ailleurs les cellules des tubes sécréteurs elles-mêmes présentent les indices d'une semblable différenciation. Anatomiquement, les îlots sont en continuité avec les tubes, et il existe des formes de transition entre les uns et les autres.

Dans l'inanition, et dans d'autres circonstances (régime hydro-carboné exclusif chez le rat, extirpation de la rate chez la grenouille), le nombre des îlots est toujours notablement augmenté.

Quand l'insuline fut découverte par les expérimentateurs canadiens, S. V. se demanda si on ne peut l'obtenir en partant d'autres organes que le pancréas. Dodds et Dickens ont appliqué la méthode d'extraction à la glande sous-maxillaire du bœuf, et ont trouvé que celle-ci contient par kilog. 710 unités d'insuline (unités des Canadiens): c'est un fait intéressant, étant donné l'analogie histologique de la sous-maxillaire et du pancréas.

Il est donc prématuré d'établir des rapports entre le fait découvert par Minkowski que l'extirpation du pancréas produit le diabète, et cet autre fait qu'une substance pharmacologiquement active, capable de réduire la glycémie, peut être extraite du pancréas ou d'autres organes. J. Rouillard.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(Kharkov)

Tome VII, n°s 8-9, 1er Mai 1924.

I. P. Michtchenko (de Kharkov). *La toxicité de l'urine des scorbutiques.* — Les recherches instituées par M. au Laboratoire de pathologie expérimentale, dirigé par le professeur A. V. Reprev, ont montré que les urines de sujets atteints de scorbut possèdent un coefficient urotoxique supérieur à la moyenne normale, qui est de 0,464 d'après Bouchard. Plus les phénomènes de scorbut sont accentués, et plus élevé est le coefficient urotoxique.

D'autre part, l'injection d'urines de sujets scorbutiques dans les veines du lapin provoquait, chez cet animal, un syndrome rappelant la polynévrite, ce qui semble établir un rapport entre les deux affections, encore que l'une soit attribuée à la carence en vitamine C. et que l'autre relève d'une avitaminose B. L. Cheinisse.

Z. S. Edel (de Kharkov). *Le diagnostic fonctionnel des maladies du foie à l'aide de l'épreuve de Widal.* — E. a expérimenté l'épreuve de l'hémoclasie digestive chez 35 sujets, pour la plupart paludéens, à la Clinique propédeutique de l'Institut de médecine de Kharkov, dirigée par le professeur I. N. Kavalérov.

Dans 5 cas, l'épreuve a été pratiquée pendant l'accès même (le foie était augmenté de volume); chez 15 autres paludéens, également avec tuméfaction du foie, on a procédé à l'épreuve le lendemain de l'accès; 5 malades étaient des paludéens chroniques avec ictère; dans 3 cas, il existait une hypertrophie du foie d'origine autre que le paludisme (cirrhose, congestion); 3 malades ne présentaient pas de troubles hépatiques apparents, et, enfin, 2 sujets étaient tout à fait bien portants.

Pendant l'accès fébrile et le lendemain, l'épreuve de Widal s'est toujours montrée positive.

Le résultat était également positif quelques jours après l'accès, dans les cas où le foie était gros et douloureux.

Dans le paludisme chronique avec atteinte manifeste du foie, l'épreuve de l'hémoclasie digestive est aussi positive.

L'abaissement du taux des leucocytes est généralement d'autant plus accentué que les phénomènes cliniques témoignant de l'atteinte du parenchyme hépatique sont plus intenses.

E. estime que l'épreuve de Widal se recommande par la simplicité de sa technique et qu'elle peut être pratiquée même chez des malades venant à la consultation. L. Cheinisse.

M. M. Lomikovskaïa (de Kharkov). *Essais d'emploi perlingual de substances médicamenteuses.* — On se rappelle que F. Mendel a attiré l'attention sur ce fait que nombre de substances médicamenteuses, lorsqu'on les laisse se répandre dans la bouche, sont absorbées par la muqueuse du dos de la langue et pénètrent ainsi directement dans le torrent circulatoire, sans passer par le tube digestif (Voir *La Presse Médicale*, 3 Mai 1924, Analyses p. 80). L. a expérimenté cette nouvelle voie d'introduction des médicaments sur des animaux (trinitrine, pilocarpine) et sur l'homme, bien portant ou malade.

A la Clinique thérapeutique de l'Institut de médecine de Kharkov, dirigée par le professeur K. N. Georguievsky, L. a fait une série de 22 expériences qui ont consisté à laisser tomber sur le dos de la langue 11 gouttes de solution alcoolique de trinitrine à 1 pour 100 et à répandre ensuite ce liquide sur la surface de la langue, au moyen d'une friction exercée à l'aide

(1) Page n° 18 : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*

d'une baguette de verre. En mesurant la pression sanguine avant et après l'expérience, on a constaté que, chez 10 sujets sur 12, la pression était tombée de 13,7 en moyenne, au bout de 2 minutes, et la fréquence du pouls avait augmenté de 11 en moyenne.

Or, la même dose de trinitrine, administrée aux mêmes personnes *per os* à jeun, est restée 9 fois sans le moindre effet.

L. conclut de ses expériences que l'application perlinguale des médicaments se rapproche, par la rapidité de l'action, des voies intraveineuse et sous-cutanée, et qu'elle est de beaucoup supérieure à la voie digestive. L. CHEINISSE.

V. A. Waldman (de Pétrograd). ***La valeur du tubage duodénal dans le diagnostic des maladies infectieuses du groupe coli-typhique.*** — W. rapporte une série de cas qui montrent de quelle utilité peut être le tubage duodénal pour préciser la véritable nature de certaines affections, notamment de l'ictère dit catharral. Au cours de diverses épidémies d'ictère qui ont sévi dans ces dernières années à Pétrograd, W. a pu, grâce à la sonde duodénale, maintes fois s'assurer qu'il s'agissait, en réalité, d'un ictère infectieux, dû au bacille paratyphique.

W. dispose actuellement de 20 observations dans lesquelles le tubage duodénal a permis de déceler 17 fois le bacille d'Eberth, et 3 fois le bacille paratyphique B.

Dans 3 cas seulement de fièvre typhoïde, la bile recueillie par la sonde s'est montré stérile, ce qui tenait, peut-être, à ce que l'on avait, dans ces cas, pratiqué un seul tubage. Il est, en effet, indispensable d'ensemencer dans du bouillon une quantité suffisante de bile (environ 5 cmc.), et de répéter les ensemencements à plusieurs jours d'intervalle.

Pour être plus compliqué que l'hémoculture, le tubage duodénal ne s'en recommande pas moins comme un moyen permettant, de façon presque certaine, de déceler l'agent pathogène d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde, et cela à n'importe quelle période de la maladie, voire même après que celle-ci a pris fin.

Dans les cas douteux, le tubage duodénal est donc susceptible de rendre de précieux services.

L. CHEINISSE.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Tome LXXXII, n° 16, 19 Avril 1924.

J. C. Friedman et **D. C. Straus** (de Chicago). ***Recherche de la bilirubine [dans le sang] dans les cholécystites sans ictère.*** — A l'état normal, la teneur du sang en bilirubine est d'environ 0,30 à 0,50 pour 200.000. Il n'y a ictère apparent que quand le taux de bilirubine atteint ou dépasse 4 pour 200.000, et l'excrétion de bilirubine par les reins ne commence pas avant que la bilirubinémie n'ait atteint ce degré. Mais il est évident que tous les cas de cholécystite avec ictère apparent ont dû être précédés d'une phase précoce, anté-ictérique, pendant laquelle la teneur du sang en pigment biliaire était déjà au-dessus de la normale. F. et S. se sont appliqués à rechercher l'hyperbilirubinémie dans 29 cas de cholécystite : 14 pendant la crise et 15 dans l'intervalle des crises.

Dans l'ensemble, l'hyperbilirubinémie a pu être constatée 24 fois sur 29 cas. Les 14 cas examinés pendant la crise ont donné 13 réactions positives, ce qui représente une proportion de 93 pour 100. Dans l'intervalle des crises, on a obtenu 11 résultats positifs sur 15 cas, c'est-à-dire une proportion de 73 pour 100.

Le procédé de Fouchet (5 cmc. d'acide trichloracétique + 2 cmc. de solution de perchlorure de fer à 10 pour 100, dans 20 cmc d'eau distillée) répond mieux aux besoins de la clinique que celui de Van den Bergh, étant à la fois plus simple et moins sensible, de sorte que la réaction ne se produit que quand le sérum sanguin contient une quantité vraiment pathologique de bilirubine.

F. et S. ont aussi, à titre de contrôle, recherché la présence d'hyperbilirubinémie dans 2 séries de cas : 1° ulcères ou cancers de l'estomac ou du duodénum ; 2° pneumonies.

Dans les cas de la 1re catégorie (4 cancers de l'estomac, 4 ulcères gastriques et 6 ulcères duodénaux), l'hyperbilirubinémie a toujours fait défaut. Le signe paraît donc avoir une valeur pour le diagnostic différentiel entre la cholécystite et ces affections.

Il n'en est pas de même pour la pneumonie, où l'ictère latent a pu être constaté chez 50 pour 100 des malades non ictériques soumis à l'examen.

L. CHEINISSE.

N° 18, 3 Mai 1924.

G. Wilson et **N. W. Winkleman** (de Philadelphie). ***Polynévrite consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone.*** — D'après W. et W., la polynévrite par intoxication oxycarbonée serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Si, dans la littérature médicale, il n'existe pas, pour ainsi dire, de preuves directes de cette participation des nerfs périphériques au tableau anatomo-pathologique de l'intoxication par l'oxyde de carbone, cela tient probablement à ce que les nerfs périphériques ne sont pas assez souvent soumis à l'examen histologique.

Pour leur part, W. et W. rapportent 3 cas de polynévrite consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone, dont 2 seulement avec autopsie et examen histologique des nerfs périphériques.

Le tableau clinique était bien celui de la polynévrite, quoique les réflexes profonds fussent exagérés. Cette particularité, qui avait déjà été notée par Brissaud, est due très probablement à la participation du *globulus pallidus* ou du cortex, ou des deux à la fois. En cas de coexistence d'une lésion des noyaux gris ou de l'écorce avec des altérations des nerfs périphériques, les réflexes profonds peuvent rester non modifiés ou être exagérés, malgré l'intensité de la névrite. A titre d'états analogues, W. et W. invoquent l'exagération des réflexes profonds dans la polynévrite alcoolique avec participation cérébrale, ainsi que dans les affections médullaires lorsque les faisceaux pyramidaux sont intéressés en même temps que les cornes antérieures ou que les cordons postérieurs.

Le cas dans lequel on n'a pas pu faire l'autopsie présentait la coexistence paradoxale d'un état spasmodique avec exagération des réflexes profonds du côté des genoux et de flaccidité avec abolition des réflexes aux coudes. L. CHEINISSE.

H. I. Bowditch (de Boston). ***Nouvelles observations sur le traitement de la coqueluche par les rayons de Röntgen.*** — Le présent travail est basé sur 300 cas de coqueluche traités au « Boston Floating Hospital » par les rayons de Rœntgen.

Au point de vue de l'âge, les malades se répartissaient ainsi qu'il suit : 94 étaient des enfants âgés de moins de 2 ans ; 165 étaient âgés de 2 à 6 ans ; 32 avaient de 7 à 15 ans, et 9 seulement étaient âgés de 16 à 50 ans.

Comme le traitement était encore à la phase d'expérimentation, il a paru sage, afin d'éviter toute critique, d'employer des doses de beaucoup inférieures à celles susceptibles de provoquer des brûlures cutanées ou de l'atrophie du thymus ou de la thyroïde.

Pour un enfant de 5 à 10 ans, la durée de l'exposition était de 5 minutes, avec intensité de 4 milliampères, filtre de 1 mm. d'aluminium et distance focale de 70 cm. La durée de la séance était graduée suivant l'âge du patient : c'est ainsi que pour les bébés de 3 ou 4 mois elle était de 3 minutes, au lieu de 5.

La première irradiation était faite du côté de la paroi antérieure du thorax (le champ comprenant la totalité du thorax), la seconde sur la paroi postérieure ; les suivantes alternaient de la même façon.

Une cure comprenait généralement 3 ou 4 séances, répétées à 2 jours d'intervalle (l'ensemble de ces 4 séances correspondait à une dose totale qui restait au-dessous de la moitié de la dose érythème). Puis, après 10 à 15 jours de repos, on instituait une nouvelle cure s'il y avait lieu, c'est-à-dire dans des cas rebelles, qui étaient, d'ailleurs, peu fréquents.

Pendant les 8 premières heures qui suivaient la 1re séance, le malade se sentait soulagé, les quintes étant moins intenses et moins prolongées. Mais cette amélioration prenait généralement fin au bout de 24 heures. Après la seconde irradiation, on observe une certaine atténuation, qui devient beaucoup plus accentuée après la 3e séance : l'intensité des quintes se trouve alors considérablement réduite, le chant de coq a presque complètement disparu, la cyanose et les vomissements ont beaucoup diminué.

Ces résultats ne sont, toutefois, pas constants. En général, ils sont d'autant meilleurs que le cas est plus précoce et que le malade est plus jeune. A côté des cas guéris après une seule séance, il y en a eu d'autres où, malgré deux séries successives d'irradiations, la coqueluche persistait sans amélioration réellement marquée.

Sur les 300 cas, on peut dire que plus de 80 pour 100 ont été favorablement influencés par le traitement. On n'a enregistré qu'un seul décès.

L. CHEINISSE.

C. A. Aldrich et **W. B. McClure.** ***L'épreuve intradermique de solution salée ; sa valeur pronostique dans la « néphrite » avec œdème généralisé.*** — Dans un travail antérieur, A. et McC. ont établi que le petit gonflement produit par l'injection intradermique de solution de chlorure de sodium (de 0,2 à 0,8 pour 100) disparaît beaucoup plus rapidement chez des enfants atteints d'œdème généralisé que chez les enfants normaux. Chez ces derniers, le liquide injecté met plus d'une heure, au moins, à disparaître.

En procédant à cette épreuve sur 16 enfants qui présentaient de l'œdème généralisé, avec albumine, cylindres, et, parfois, globules rouges dans les urines (mais sans azotémie, ni signes d'affection cardio-vasculaire), A. et McC. ont pu s'assurer qu'elle permet d'apprécier le pronostic immédiat et de diriger le traitement en conséquence.

En règle générale, plus l'œdème est accentué et plus le liquide injecté disparaît rapidement. Lorsque l'épreuve est pratiquée d'une manière précoce, la réduction du « temps de disparition » précède de plusieurs jours les autres signes cliniques de l'œdème. Inversement, en cas d'amélioration, on note un accroissement du temps de disparition avant même que l'œdème ait commencé à décroître.

Il n'existe pas de rapport constant entre le temps de disparition et le degré de l'albuminurie. Par contre, on remarque une tendance au parallélisme entre la courbe du temps de disparition et celle du taux des urines, encore que les modifications dans la première précèdent parfois les modifications de la courbe urinaire.

Sur 5 patients chez lesquels le temps de disparition tomba jusqu'au-dessous d'une minute, 4 succombèrent.

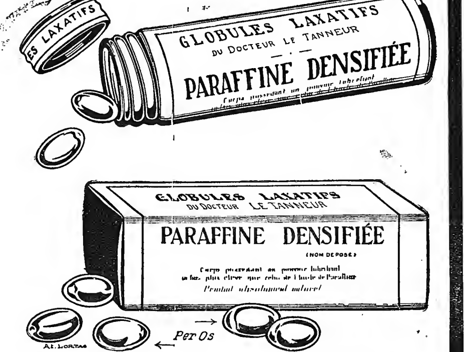
Pendant les périodes d'amélioration avec augmentation du poids par accroissement normal des tissus, la courbe du temps de disparition tend à être parallèle à celle du poids. Par contre, en cas de changements du poids par rétention ou déperdition d'eau, les deux courbes évoluent, sauf de rares exceptions, dans des directions opposées.

Dans 3 cas où l'épreuve a été pratiquée seulement pendant ou après la convalescence, le temps de disparition dépassait 60 minutes.

L. CHEINISSE.

H. S. Bernton (de Washington). ***Observations immunologiques sur la fièvre des foins automnale, surtout au point de vue du traitement.*** — Scheppegrell a cru pouvoir simplifier le traitement prophylactique par désensibilisation de la fièvre des foins automnale, en divisant les pollens incriminés en 4 groupes et en prétendant qu'un extrait préparé avec un pollen quelconque d'un de ces groupes était applicable à tous les autres membres du même groupe. Or, les observations de B. montrent qu'il est loin d'en être ainsi.

Ces observations ont été recueillies dans le district de Columbia, où 2 espèces d'*Ambrosia*, l'une géante et l'autre petite, poussent en abondance et constituent des facteurs importants dans l'étiologie de la fièvre des foins tardive. Les essais cliniques institués par B. ont établi que les protéines pollениques contenues dans ces deux espèces ne sont pas chimiquement identiques. L'immunisation à l'égard du pollen de l'une des espèces reste inefficace chez les sujets très sensibles à l'autre espèce, et faiblement efficace chez les sujets moins sensibles. L. CHEINISSE.


GLOBULES LAXATIFS
DU DOCTEUR LE TANNEUR
PARAFFINE DENSIFIÉE
LAXATIFS
GLOBULES LAXATIFS
DU DOCTEUR LE TANNEUR
PARAFFINE DENSIFIÉE
(NOM DÉPOSÉ)
Per Os


CÈDRE DU MAROC
CED-ROC
Huile Essentielle
de CEDRUS ATLANTICA
0 Gr.30 par Capsule

REVUE DES JOURNAUX

MONOGRAPHIES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES INTERNATIONALES (Paris)

Tome II, Mars 1923.

Prof. Segura (Buenos Aires). ***Complications laryngées de la grippe.*** — Les complications laryngées de la grippe ne sont pas une nouveauté; elles ont été notées au cours des épidémies de 1889 et de 1918 et ont été décrites par le professeur Moure dans son traité. Segura divise ces complications en quatre groupes :

Le *premier groupe* comprend les laryngites bénignes, *congestives ou catarrhales*, caractérisées par de la *rougeur* et des signes vocaux, *sans œdème*, ni altérations visibles de la muqueuse.

Dans le *deuxième groupe* se rangent les laryngites *infiltro-œdémateuses* et *spasmodiques*. A l'examen, on est frappé par la coloration rouge et l'œdème du vestibule laryngien. La mortification de la couche épithéliale de la muqueuse donne aux cordes un aspect *blanc mat*. Leur momilité est, par ailleurs, diminuée du fait des douleurs et du spasme laryngé réveillés par leurs mouvements. Le *spasme* est intéressant à étudier : il est dû à l'irritation des terminaisons nerveuses du laryngé supérieur; il se produit surtout chez la femme, au milieu de la nuit, et peut avoir comme cause adjuvante l'obstruction nasale ou l'action du froid.

Dans le *troisième groupe* on place les *inflammations phlegmoneuses* du larynx. Il s'agit d'une infiltration sous-muqueuse avec formation d'abcès parfois multiples et s'accompagnant de phénomènes infectieux graves. Cette complication peut survenir aussi bien au début qu'à la fin de la grippe, qu'elle soit bénigne ou grave. Le début en est brusque : d'abord simple constriction douloureuse et douleur exaspérée par la déglutition et la phonation, elle s'accompagne peu après de troubles respiratoires pouvant aller jusqu'à l'asphyxie. A l'examen, la muqueuse présente une coloration *rouge vineuse*, avec *œdème* de l'épiglotte allant de la congestion à l'infiltration phlegmoneuse.

Le *quatrième groupe* comporte les formes de laryngites *diphtéroïdes* et *nécrosantes*, précédées ou accompagnées d'amygdalites de même nature. Le pronostic en est grave, l'issue fatale presque la règle.

Le traitement pour chaque groupe est différent : fumigations balsamiques pour le premier, enveloppements chauds du cou, instillations laryngées, intubation au cas de spasme pour le second. Dans le cas de menace d'accidents phlegmoneux : soins généraux, ouverture de la collection au niveau du repli aryténo-épiglottique, de l'aryténoïde et de la bande ventriculaire, injections intratrachéales, vaccination polyvalente, intubation ou, en cas d'impossibilité, trachéotomie. LEROUX-ROBERT.

Prof. Reverchon (Val-de-Grâce). ***Les mastoïdites latentes.*** — La mastoïdite latente est un processus d'ostéite mastoïdienne évoluant au cours d'une otite aiguë jusqu'à l'extériorisation au niveau de la table externe ou l'apparition de phénomènes graves sans que des signes cliniques en aient permis le diagnostic. Ce sont des infections qui « mordent sans aboyer » (Lubet-Barbon). Parmi les conditions étiologiques favorisantes, on a noté le diabète. Une indépendance anormale relative, anatomique ou pathologique, des cavités tympanales et mastoïdiennes apparaît comme le fait le plus significatif (Luc). Il est paradoxal de décrire les signes cliniques d'une affection dont le caractère principal est de n'en pas avoir. Deux points sont à retenir : insidiosité de l'otite concomitante, gravité tardivement révélée par l'apparition de complications.

Au *début*, après paracentèse du tympan, le pus réapparaît *par à coup*, par reflux, comme une fontaine intermittente.

A la *période d'état*, la perforation spontanée est située presque constamment *en haut et en arrière*, du type en « pis de vache » signalé par Lermoyez.

L'*extériorisation* du pus par la mastoïde peut être rapide, même précéder celle du tympan, mais le plus souvent elle est lente et ne se produit qu'après plusieurs semaines. Enfin, il peut y avoir mastoïdite sans otite apparente du moins. Aussi faudra-t-il serrer de très près l'interrogatoire tant au point de vue otique que mastoïdien. L'*état psychique* particulier signalé par Sebileau — absence de bien-être, lourdeur de tête, insomnie — doit retenir l'attention du médecin.

L'*examen objectif* devra relever la présence, la forme, la situation de la perforation, l'abondance, l'intermittence, la prolongation de l'écoulement.

L'*auscultation*, la *transillumination* de la mastoïde, mais surtout la *radiographie*, avec les incidences nouvelles proposées par Lannois, par Hirtz et Reverchon, pourront faciliter l'exploration clinique de la mastoïde.

L'auteur conclut que : toutes les fois que, dans la symptomatologie ou la marche d'une affection auriculaire, on note un élément qui, avec ou sans suppuration de la caisse, fait craindre une mastoïdite latente, l'*exploration chirurgicale est indiquée.*

LEROUX-ROBERT.

MONATSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE (Leipzig)

Tome XXVIII, fasc. 2, Mai 1924.

O. Tezner (de Vienne). ***Tétanie et alcalose.*** — La pathogénie de la tétanie demeure obscure. Dans ces derniers temps, on a incriminé un manque absolu ou relatif de chaux, puis l'absence de vitamine B (Reyher). Certains auteurs font intervenir une acidose (Elias, Morel, Mac Callum et Vœgtlin).

Le mémoire de Grant et Goldmann modifia complètement les idées en cours. Ces auteurs constatèrent, au cours de la tétanie réalisée par l'hyperventilation respiratoire, une véritable alcalose; mais, d'après eux, d'autres facteurs peuvent engendrer la tétanie. Le rôle de l'alcalose fut confirmé par les travaux de Collyi et Bakus, de Porges, de Freudenberg et György. Mac Cann, à la suite d'expériences sur des chiens auxquels il pratiquait des fistules gastriques, est plus formel : la tétanie est uniquement de l'alcalose.

T. a recherché, d'une part, si les symptômes tétaniques provoqués par l'hyperventilation sont bien le fait de l'alcalose; d'autre part, si l'alcalose obtenue par d'autres moyens donne forcément naissance à la tétanie.

Il ressort de ses recherches : 1° que la tétanie respiratoire est bien due à l'alcalose et non au défaut de la molécule CO^2 ; 2° que l'administration prolongée de doses élevées de bicarbonate de soude — laquelle est suivie d'une émission d'urine très alcaline et dans la plupart des cas d'une alcalose non compensée — entraîne chez certains enfants sains (non chez tous) une augmentation de l'excitabilité électrique et tout à fait exceptionnellement seulement une augmentation de l'excitabilité mécanique. Le phénomène de Trousseau et des crampes spontanées n'ont jamais pu être provoqués de cette façon.

T. aboutit à cette conclusion que l'alcalose non compensée donne lieu à de l'hyperexcitabilité; mais il n'admet pas qu'inversement toute hyperexcitabilité et, à plus forte raison, toute tétanie est due à de l'alcalose. D'autre part, si l'alcalose augmente l'excitabilité, il n'est pas impossible néanmoins qu'elle ne soit qu'une cause favorisante des diverses tétanies, à l'exception de la tétanie par hyperventilation et de la tétanie gastrique expérimentale.

G. SCHREIBER.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Tome XXXVII, n° 14, 3 Avril 1924.

Georges Stiefler. ***Séborrhée faciale comme séquelle post-encéphalitique isolée.*** — L'hypersécrétion de sébum sur la face a été fréquemment signalée dans l'encéphalite. Mais généralement elle a été observée dans des syndromes striés, et on pourrait penser que le centre sympathique régulateur de la sécrétion sébacée se trouve dans la région striée. L'observation de S. se distingue, au contraire, par l'absence de tout symptôme strié. C'est celle d'un serrurier de 19 ans, qui fit, en Mars 1922, une encéphalite typique, avec fièvre, céphalée, crises sudorales, diplopie, délire professionnel alternant avec de la somnolence. Le malade était complètement rétabli à la fin de Juin, mais il commençait à remarquer que son visage prenait un aspect sale et gras, qu'il ne parvenait pas à nettoyer malgré les savonnages les plus minutieux. Plus d'un an après, la séborrhée est encore intense sur le front, sur le nez, sur le menton, avec de multiples comédons. — S. pense que le centre sympathique de la sécrétion sébacée doit se trouver, comme la plupart des centres sécrétoires, dans le plancher ou dans les parois du troisième ventricule plutôt que dans la région striée.

J. MOUZON.

Th Hryntschak. ***Un nouveau procédé pour le diagnostic précoce de la tuberculose rénale.*** — Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale est souvent difficile. Il arrive que l'inoculation au cobaye reste en défaut. H. en rapporte deux exemples.

Le premier est celui d'un homme de 29 ans, qui, en Octobre 1923, se plaignit de phénomènes cystalgiques, avec pyurie sans microbes visibles sur frottis. L'examen cystoscopique montrait que le méat urétéral était rouge et œdémateux du côté droit, et que le pus venait exclusivement de ce côté. Des lavages de la vessie et du bassinet amenèrent une amélioration, mais les symptômes reparurent en Décembre. A ce moment, on pratiqua une inoculation des urines au cobaye et une culture des bacilles de Koch selon le procédé de Löwenstein. L'inoculation resta négative, mais la culture fut positive. Le rein droit fut enlevé le 31 Janvier 1923 : il contenait un tubercule ulcéré et une hydronéphrose partielle. L'uretère était sain.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un médecin de 32 ans, qui faisait des hématuries à répétition sans lésion vésicale à l'examen cystoscopique. Plusieurs inoculations des urines purulentes au cobaye n'avaient donné aucun résultat lorsque ce confrère, examinant lui-même ses urines sur frottis, y découvrit de nombreux bacilles. L'opération montra de graves lésions de tuberculose rénale, avec urétérite tuberculeuse et hydronéphose consécutive.

Ces cas sont assurément rares. Mais il faut en tenir compte. Sans doute, l'inoculation au cobaye peut être négative dans les cas de tubercule rénal encore fermé: c'est l'exception. Mais elle peut également rester négative si le bacille tuberculeux est de l'espèce aviaire. Or la tuberculose aviaire du rein a déjà été constatée (Löwenstein, Joannovič.) C'est peut-être sa localisation la plus fréquente. La culture selon le procédé de Löwenstein constitue un recours précieux en pareil cas. Elle n'exige même pas un prélèvement aseptique des urines, et permettra seule, parfois, d'affirmer un diagnostic précoce dont peut dépendre le salut. J. MOUZON.

Hans Schneider. ***Une modification du traitement habituel de l'helminthiase intestinale grâce à la sonde duodénale.*** — Pendant longtemps, S. a traité le tænia par l'association d'extrait de fougère mâle à la dose de 7 gr. 5 et d'extrait d'écorce de grenadier à la dose de 15 gr. Même en capsules gélatinées la médication provoquait souvent des vomissements, qui diminuaient son action; elle ébranlait sérieusement l'état général, et elle restait inefficace dans la majorité des cas: la tête du ver n'était pas expulsée. Aussi S. a-t-il eu l'idée d'administrer le vermifuge par la sonde duodénale, pour lui permettre d'agir d'une façon plus massive sur le tænia. Cette méthode a déjà été utilisée par Böttner et Werner contre l'amibe dysentérique, par Weilbauer contre les oxyures, par l'auteur lui-même contre les lamblias (quinine). Les résultats obtenus grâce à cette méthode sont très heureux. D'une part une dose de 1 gr. 50 à 2 gr. d'extrait de fougère mâle, avec 3 à 4 grammes d'extrait d'écorce de grenadier, reste suffisante dans ces conditions, ce qui permet d'éviter tout risque d'intoxication. D'autre part, sur 17 cas traités, 13 fois la tête fut expulsée, alors que le traitement par voie buccale n'avait donné que 9 succès sur 22 essais. Enfin ce mode de traitement est accepté très facilement par les malades, qui n'ont pas plus de ré-

gnance à déglutir la sonde duodénale qu'à avaler les grosses capsules gélatinées du traitement classique.

La cure commence, la veille au soir, par une diète relative, le malade ne prend qu'un laitage. Le lendemain matin, tubage duodénal à jeun. Quand on est sûr que la sonde a pénétré dans le dundénum, on injecte la moitié d'une infusion de séné (5 gr. pour 50 gr.), puis, un quart d'heure après, le vermifuge avec le reste de l'infusion do séné. On retire la sonde. L'expulsion du ver se produit, généralement complète, une heure et demie ou deux heures après. Le traitement réussit toujours, à condition qu'on ait réussi à faire pénétrer la sonde dans le duodénum.

J. Mouzon.

N° 15, 10 Avril.

K. Nather et J. Hickl. *Le traitement de l'anémie pernicieuse (maladie de Biermer) à l'aide de transfusions sanguines.* — Les bons effets de la transfusion sanguine dans l'anémie pernicieuse ont été signalés en Amérique, en 1915, par Percy, qui faisait pratiquer en même temps la splénectomie. Depuis lors cet auteur a été plus loin dans ses entreprises opératoires, puisqu'il recommande en outre, dans la même affection, l'ablation do la vésicule et de l'appendice, où il a retrouvé le même streptocoque hémolytique que dans la rate.

Pour s'en tenir aux transfusions, nombreuses sont déjà les observations d'anémies pernicieuses dans lesquelles ce traitement a valu des améliorations ou des guérisons persistantes. N. et H. en rapportent trois nouveaux cas : anémies pernicieuses typiques chez les 3 sujets, avec chiffre de globules au-dessous de 1.500.000, valeur globulaire supérieure à l'unité, achylie gastrique, hématies nucléées dans 2 cas, splénomégalie dans 2 cas, sclérose médullaire et ulcérations linguales dans 1 cas. Les transfusions furent pratiquées, comme le recommande Percy, à la seringue paraffinée sans citrate, après épreuve de l'agglutination réciproque des sangs. Comme donneurs, on choisit presque exclusivement des hypertendus de 40 à 60 ans, chez qui une saignée était indiquée. Chaque receveur n'avait jamais deux fois le même donneur, pour avoir plus de chances d'éviter les accidents anaphylactiques.

Les 3 malades reçurent respectivement 1000 cmc de sang transfusés en 4 fois, 1.350 cmc en 4 fois, et 2.270 cmc en 5 fois. L'intervalle entre les transfusiona était de 5 à 12 jours. Après chacune des 2 premières transfusions, on a toujours observé une élévation thermique, qui ne s'accompagne d'aucun malaise, mais qui, pour les auteurs américains, est une réaction assez particulière aux sujets atteints d'anémie pernicieuse. Dès la première transfusion, les modifications sanguines se manifestent par une augmentation dea polynucléaires et des éosinophiles. Mais le nombre des globules rouges ne s'accroît qu'après la deuxième transfusion. Dans les 3 observations rapportées, il a atteint 4.000.000 en l'espace de 6 à 8 semaines de traitement. Cet accroissement de la richesse du sang en hématies dépasse de beaucoup en importance celui qui peut être dû au simple apport des globules étrangers. Il y a manifestement, en outre, soit stimulation de la moelle osseuse sous l'influence de la transfusion, soit transmission d'anticorps contre l'agent pathogène.

Lea résultats obtenus, quelle que doive être leur persistance, sont très beaux, car ils concernent des cas dans leaquels les traitements habituels (injections arsenicales, injections de sang intramusculaires) avaient échoué.

J. Mouzon.

Rudolf Eisenmenger. *Réviviscence par la respiration artificielle associée à la circulation sanguine artificielle et au massage du cœur.* — Les faits de mort apparente ne sont pas rarea. On les observe, par exemple, chez dea pendua, chez des commotionnés, chez dea intoxiqués, chez des électrocutés, dans la narcoae. On a fait beaucoup de bruit, à Berlin, en 1918, autour du cas de l'infirmière Mina Braun, qui avait été intoxiquée par la morphine et par le véronal, et qui avait si bien été tenue pour morte qu'elle avait été mise dans le cercueil. C'est seulement au bout de 24 heures que, en ouvrant le cercueil pour identifier le corps, on perçut do faibles mouvements respiratoires. Le prétendu cadavre revint à la vie. De tels faits montrent combien le diagnostic de la mort apparente peut être difficile. Dans bien dea cas, seul l'échec de tous les procédés de réviviscence oblige à conclure véritablement à la mort. Or ces procédés (tels que la respiration artificielle par la méthode de Sylvester) sont insuffisants, et une seule personne ne peut suffire à les assurer pendant un temps suffisant. Aussi E. s'est-il attaché à réaliser un appareil qui assure, mécaniquement, non seulement le va-et-vient de l'air dans les poumons, — comme dans la respiration artificielle, — mais encore une véritable circulation sanguine artificielle, avec massage du cœur.

Son appareil est constitué par un plastron, dont la concavité s'adapte à l'abdomen et à la base du thorax, et qui est entouré d'un bourrelet, afin d'assurer l'étanchéité. Au centre du plastron se trouve un embout, qui peut s'adapter par exemple à la tuyauterie d'un de ces aspire-poussières dont on se sert pour le nettoyage des appartements. Grâce à des alternatives d'aspiration et de refoulement de l'air dans l'appareil, dont il est facile de régler la puissance et la fréquence, et auquel peut s'adapter un manomètre, il est facile de réaliser une respiration artificielle prolongée, d'intensité suffisante, mais non excessive, pour ne pas supprimer la stimulation normale du bulbe par l'acide carbonique sanguin. D'autre part les mouvements communiqués au diaphragme par l'intermédiaire de la paroi abdominale réalisent des alternatives de compression et de décompression, tant dans la cavité thoracique que dans la cavité abdominale, et assurent la circulation sanguine et une sorte de massage du cœur. Les tracés montrent l'amplitude des oscillations pléthysmographiques obtenues à l'avant-bras grâce à cette méthode : les oscillations respiratoires sont bien plus intenses que dans les mouvements respiratoires volontaires les plus profonds.

E. a utilisé son procédé chez deux suicidés par pendaison. Il réussit à ramener l'un d'eux à la vie. Il est également intervenu dans des broncho-pneumonies infantiles avec phénomènes asphyxiques. Il croit sa méthode utilisable dans l'asphyxie des nouveau-nés.

J. Mouzon.

N° 16, 17 Avril.

L. Schönbauer et G. Eichelter. *De quelques particularités hématologiques curieuses observées au cours des suites opératoires.* — L'examen hématologique, pratiqué systématiquement et en série, peut fournir au chirurgien des renseignements précieux. S. et E. attachent une importance toute particulière à la numération des éosinophiles, et ils donnent des exemples de suppurations profondes, qui s'étaient annoncées par la disparition des éosinophiles, avant tout signe clinique, avant même la poussée de polynucléose.

Pour la numération des éosinophiles, ils recommandent le procédé de Dunger, qui est simple et ne réclame pas beaucoup de temps. Le sang est prélevé par piqûre au lobule de l'oreille, et mélangé, dans la pipette à globules blancs, avec la solution de Dunger :

Solution aqueuse d'éosine à 1 p. 100 .	10 gr.
Acétone	10 gr.
Eau distillée . . . . Q. s. pour	100 cmc

Cette solution dissout les globules rouges et colore nettement les éosinophiles, dont il est facile de faire la numération dans un hématimètre, sur l'ensemble de la surface quadrillée. L'absence de tout éosinophile dans l'ensemble de la chambre humide permet de conclure, surtout après une opération abdominale, à une complication ou à un pronostic grave.

S. et E. insistent également sur la courbe des globules rouges après les résections gastriques. Cette courbe fait généralement un crochet ascendant aussitôt après l'opération (ce crochet fait défaut en cas de grossea injections de sérum provoquant de l'hydrémie). Maia il se produit ensuite une chute brusque, qui peut atteindre 2 et même 4 millions. Ce fait s'observe même sans hémétémèse, et doit vraisemblablement être attribué à des hémorragies occultes. Il souligne l'importance d'une bonne hémostase dans les opérations gastriques.

J. Mouzon.

H. Königstein et E. Urbach. *Eruption pemphigoïde dans l'urémie avec étude du taux d'azote résiduel et de NaCl, en particulier dans le tégument.* — Une malade, atteinte de sclérose rénale à la phase d'urémie, présente, après une poussée de prurit, une éruption bulleuse, qui débute aux aines et sous les seins, et qui se généralise ensuite rapidement. Les bulles sont de dimensions variables, claires ou légèrement troubles, ayant tendance à se grouper en bouquet. Ellea n'intéressent pas les muqueuses, et laissent dea cicatrices pigmentées. Elles s'atténuent ou subissent de nouvelles poussées parallèlement à l'amélioration ou à l'aggravation des symptômes urémiques.

Dans ce cas et chez trois autres urémiques, K. et U. ont exécuté des dosages d'azote résiduel, d'azote total et de chlorure de sodium, et ils ont déterminé le résidu sec et la teneur en eau. Ces dosages s'appliquaient au sang total, au sérum sanguin, à la peau et au liquide des bulles (bulles apparues spontanément dans le 1er cas, bulles provoquées par la cantharidine dans les 3 autres). Des dosages de contrôle étaient pratiqués dans les muscles, dans le foie ou dans la rate. Ces recherches montrent que le taux de NaCl et d'azote dans les bulles est de même ordre que dans le sang, mais qu'il est beaucoup plus faible dans les fragments de peau indemne d'éléments bulleux. Les différences atteignent 100 pour 100 pour le NaCl.

Les auteurs pensent que le prélèvement biopsique de petits fragments de peau pour leur analyse chimique est une méthode de recherche pleine de promesses.

Joseph Sahler. *Etudes sur les résultats thérapeutiques obtenus par l'irradiation de la rate dans les hémorragies gynécologiques.* — On sait que Stéphan, chirurgien à Francfort, a beaucoup vanté l'irradiation de la rate comme thérapeutique antihémorragique. Il attribue l'action de ce traitement à la stimulation de la rate, qu'il considère comme l'organe qui préside surtout à la coagulation du sang. L'interprétation est très discutée. Mais les faits restent.

Dans les hémorragies gynécologiques, de nombreux essais ont été faits, et beaucoup d'auteurs ont envisagé, en outre, une interaction endocrinienne possible de la rate et de l'ovaire; les résultats ont été variables : tantôt constamment favorables (Wolmershauser et H. Euliuger), tantôt bons dans la moitié des cas (E. Vogt), tantôt médiocres, et inférieurs à ceux de l'irradiation du foie (Tichy). Certains auteurs (Wurnberger) distinguent les « polyménorragies » (d'origine ovarienne probable), dans lesquelles l'irradiation de la rate est efficace, et les hyperménorragies (d'origine plutôt utérine), sur lesquelles l'irradiation est dépourvue de toute action.

S., avec P. Werner, a utilisé l'irradiation de la rate dans 143 cas d'hémorragies gynécologiques. Si l'on élimine les hémorragies du placenta prævia, qui sont absolument rebelles à ce procédé, on peut conclure que la guérison est obtenue dans 100 pour 100 des polyménorragies, et dans 50 pour 100 seulement des hyperménorragies ou des polyhyperménorragies ; dans l'ensemble, il y a eu 71 pour 100 de bons résultats immédiats, mais seulement 26 pour 100 de bons résultats durables (avec 34 pour 100 de résultats éloignés incertains). L'irradiation de la rate paraît donc surtout indiquée pour agir vite sur l'hémorragie génitale. Pour avoir un résultat durable, il faut lui associer l'irradiation des ovaires. — S. a obtenu de bons résultats également dans 3 cas de melæna des nouveau-nés. Il donne la technique des irradiations pratiquées, et il insiste sur la variabilité des réactions individuelles.

J. Mouzon.

NORSK MAGAZIN FOR LAEGEVIDENSKABEN
(Christiania)

Tome LXXXV, n° 3, Mars 1924.

P. Bull. *Embolie diagnostiquée de l'artère rénale gauche ; néphrectomie : mort subite 16 jours après l'opération.* — Une femme de 35 ans est prise brusquement d'une douleur abdominale, accompagnée de vomissements et d'évacuations alvines. Ces accidents font d'abord penser à un ulcère perforé de l'estomac.

Le lendemain, la localisation de la douleur dans la région lombaire gauche et la constatation d'une lésion mitrale font soupçonner une embolie de l'artère rénale gauche, survenue chez une cardiaque. Cette hypothèse est corroborée par le cathétérisme des uretères qui montre la suppression totale de la fonction rénale du côté gauche.

On pratique en conséquence une néphrectomie gauche, et l'examen de la pièce prouve l'exactitude du diagnostic : les trois branches principalea de l'artère rénale sont obturées par des embolies récentes et le parenchyme rénal est farci d'infarctus.

Dans les journées qui suivent l'intervention, de menus incidents donnent à penser que, dans d'autres

Reg. du Com. : Seine, 71.760.

organes encore, de nouvelles embolies se produisent, notamment au niveau du cerveau, de la rate, du rein droit. Le 16e jour, la malade succombe brusquement, pendant qu'elle est en train de converser avec sa voisine de salle.

L'autopsie apporte la vérification du diagnostic clinique : on constate des embolies multiples dans les différents organes où leur présence s'était traduite par les accidents notés après l'opération. Au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque gauche, on trouve une masse thrombique se prolongeant dans l'hypogastrique et dont aucun signe clinique n'avait permis de soupçonner l'existence. L'issue fatale a été causée par un volumineux caillot qui s'était engagé dans l'orifice mitral et l'obstruait entièrement.

FRANCIS MUNCH.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(*Chicago*)

Tome LXXXII, n° 19, 10 Mai 1924.

G. R. Minot, Th. E. Buckman et R. Isaacs (de Boston). ***Leucémie myéloïde chronique ; fréquence d'après l'âge; durée et bénéfices résultant de l'irradiation.*** — Le présent mémoire est basé sur 166 cas typiques de leucémie myéloïde chronique. L'analyse de ces 166 cas américains et des 247 cas anglais recueillis par Ward montre que la maladie est surtout fréquente entre 35 et 44 ans; au-dessous de 25 ans, elle est rare. Elle atteint de préférence le sexe masculin (60 pour 100 d'hommes contre 40 pour 100 de femmes).

Le début insidieux de la maladie rend le diagnostic difficile. La plupart des patients ne viennent consulter le médecin que plusieurs mois après l'apparition des premiers symptômes. Dans 148 cas, le laps de temps qui s'est écoulé entre ces premières manifestations et le diagnostic établi a été, en moyenne, d'environ dix-sept mois.

L'irradiation n'a pas paru exercer une influence bien sensible quant à la prolongation de la vie des malades. Dans 52 cas non traités par ce moyen, la durée moyenne de la survie après les premiers symptômes de la maladie a été de 3,04 ans ; dans 78 cas soumis à l'irradiation, elle a été de 3,5 ans. Sur ces 130 patients, 42 pour 100 ont vécu de 2 à 4 ans, et 12 pour 100 plus de 5 ans et jusqu'à 10 ans.

Toutefois, l'irradiation poursuivie d'une façon systématique et rationnelle produit une amélioration symptomatique, souvent marquée, et assure ainsi au malade une conservation prolongée de sa capacité de travail. C'est ainsi que, sur les 78 patients traités par les rayons de Röntgen ou le radium, 95 pour 100 ont pu continuer à vaquer à leurs occupations pendant des périodes plus ou moins longues. Au moins 50 pour 100 d'entre eux trouvèrent une amélioration temporaire, tandis que, sur les 52 malades non irradiés, seulement 6 pour 100 présentèrent des rémissions modérées. La durée de la survie active se trouve, en moyenne, de 30 pour 100 plus longue chez les malades irradiés.

L. CHEINISSE.

C. F. Dixon (de Rochester). ***La valeur du chlorure de sodium dans le traitement de l'intoxication duodénale.*** — Il a été depuis longtemps reconnu que, dans les cas d'occlusion intestinale haut située, les causes mécaniques ne suffisent pas à expliquer l'ensemble des manifestations cliniques, caractérisé par une forte déshydratation (déperdition d'eau par vomissements), de la rougeur de la face, un pouls filiforme, de l'hypotension, de l'asthénie, un taux élevé de l'hémoglobine et, dans des formes plus graves, des phénomènes de tétanie gastrique.

L'analyse chimique du sang revèle, en pareille occurrence, une diminution marquée des chlorures du plasma, un accroissement du pouvoir de fixation d'oxyde de carbone et une augmentation de l'urée sanguine.

Le rôle joué par les chlorures du plasma étant très important dans cette toxémie duodénale, les injections sous-cutanées de solution de chlorure de sodium produisent d'excellents effets, tant au point de vue clinique qu'au point de vue des modifications chimiques du sang.

Dans les cas où une intervention chirurgicale est nécessaire pour remédier à un obstacle mécanique, le traitement pré-opératoire par ces injections d'eau salée réduit le risque au minimum. Ce même moyen permet aussi d'atténuer ou de supprimer complètement les phénomènes de toxémie similaire que l'on observe fréquemment dans des cas de stase fonctionnelle sans obstruction mécanique.

L. CHEINISSE.

H. C. Solomon (de Boston). ***Élévation [artificiellement provoquée] de la pression du liquide céphalo-rachidien, surtout au point de vue de ses effets sur la céphalalgie consécutive à la ponction lombaire.*** — D'après l'expérience de S., l'injection intramusculaire de 1 cmc d'extrait pituitaire « obstétrical » détermine, dans la plupart des cas, une élévation de la tension du liquide céphalo-rachidien, élévation qui, presque toujours, commence à se manifester au bout de 3 minutes 1/2 à 5 minutes et qui se maintient pendant 45 minutes au moins. Le plus souvent, cette augmentation atteint environ 35 à 40 pour 100 par rapport au chiffre initial.

L'injection intramusculaire d'adrénaline ne produit, au contraire, que des changements insignifiants à cet égard.

L'injection intraveineuse de 100 à 200 cmc d'eau distillée provoque une élévation nette de la tension du liquide céphalo-rachidien, élévation comparable à celle que détermine l'injection intramusculaire de 1 cmc d'extrait pituitaire.

S. s'est servi de ces deux moyens, employés isolément ou conjointement, pour combattre les céphalées consécutives à la ponction lombaire. Dans la plupart des cas, le traitement fut couronné de succès et le soulagement obtenu se montra durable. Parfois, cependant, l'effet, marqué et immédiat, s'effaçait au bout de 5 à 10 heures et la céphalalgie réapparaissait, nécessitant une seconde, voire une 3e injection. Dans quelques cas, enfin, l'injection d'extrait pituitaire ou d'eau distillée est resté inefficace.

L. CHEINISSE.

N° 20, 17 Mai.

E. P. Boas et Ph. Rifkin (de New-York). ***Le cœur dans l'arthrite déformante.*** — B. et R. ont pu étudier, dans le service orthopédique du « Montefiore Hospital », 80 cas d'arthrite déformante.

Dans 45 pour 100 de ces cas, il existait des lésions organiques du cœur. Le nombre des cardiopathies valvulaires consécutives à une endocardite constituait une proportion de 17,5 pour 100 sur l'ensemble des cas, et de 28 pour 100 par rapport aux sujets dont l'arthrite avait débuté avant l'âge de 40 ans. Les cardiopathies d'origine artérioscléreuse représentaient 26 pour 100 dans l'ensemble, et 4 pour 100 dans le groupe de sujets chez lesquels l'arthrite avait débuté avant l'âge de 40 ans.

Parmi les 30 malades qui avaient dépassé cet âge au moment de leur première atteinte d'arthrite, aucun ne présentait de lésions d'endocardite, et 19, c'est-à-dire 63,3 pour 100, avaient un cœur d'artérioscléreux.

Cette répartition des lésions cardiaques d'après l'âge s'explique vraisemblablement par la susceptibilité plus grande à l'infection des valvules cardiaques chez les jeunes sujets. Aussi ces constatations paraissent-elles plaider en faveur de la théorie d'après laquelle l'arthrite déformante serait d'origine infectieuse.

L. CHEINISSE.

N° 21, 24 Mai.

A. E. Halstead et F. Christopher (de Chicago). ***Sympathectomie cervicale pour angine de poitrine.*** — Le cas rapporté par H. et Ch. a trait à une femme de 63 ans, atteinte d'angine de poitrine avec myocardite chronique. Les accès de douleurs précordiales avaient débuté 3 ans auparavant et allaient en augmentant de fréquence, de sorte que, pendant les 5 semaines qui ont précédé son admission à l'hôpital, la malade avait eu 3 crises graves, et cela malgré le repos au lit et un traitement médical. La dernière crise, survenue 4 jours avant l'entrée à l'hôpital, avait débuté par une douleur poignante à la région précordiale, avec irradiations vers le dos et le bras gauche ; le pouls resta imperceptible pendant 2 ou 3 minutes. L'accès dura environ 9 minutes et fut calmé par deux doses de trinitrine, de 0 gr. 0065 chacune.

A l'examen, on constata la présence d'un souffle diastolique à la pointe ; la pression artérielle systolique était de 198, diastolique de 120; les urines contenaient des traces de séro-albumine et quelques globules blancs, ainsi que quelques hématies.

La sympathectomie cervicale fut pratiquée le 19 Mars dernier. On extirpa seulement le ganglion cervical moyen. Au 2e jour après l'opération, la pression sanguine était de 154/100 ; au 3e jour, de 150/90 ; au 6e jour, de 178/100 ; au 7e jour, de 184/102 ; et au 9e jour, de 178/100. Au 10e jour, l'opérée quitta l'hôpital, et sa convalescence se poursuivit de façon régulière et rapide.

A part une légère crise survenue au milieu d'Avril, la patiente n'a plus eu d'accès angineux, et la diminution de la pression sanguine a persisté jusqu'au 8 Mai, date à laquelle l'opérée a été vue pour la dernière fois.

L. CHEINISSE.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(*New-York*)

Tome CLXVII, n° 5, Mai 1924.

Ch.-E. de M. Sajous. ***La zone hypophyso-basale et ses relations avec la pathogénie et le traitement du diabète insipide et avec la polyurie.*** — Les travaux de Camus et Roussy, de Bailey et Bremer, de Houssay et Hug ont établi que les lésions de la région nerveuse parahypophysaire (infundibulum, tuber cinereum) peuvent provoquer le diabète insipide ou la polyurie et que ces troubles peuvent se produire sans participation de l'hypophyse et sans qu'il soit besoin d'une sécrétion provenant de cette dernière ; mais ces travaux ne démontrent pas que le lobe postérieur de l'hypophyse ne joue pas de rôle dans la pathogénie de ces désordres; tout un ensemble de faits cliniques et expérimentaux indique au contraire qu'il peut en jouer un sans qu'intervienne d'ailleurs une sécrétion hypophysaire.

On peut concilier les faits en apparence contradictoires apportés jusqu'ici si l'on admet avec S. que le lobe postérieur et la région voisine de la base (zone hypophyso-basale) sont le point de départ d'une voie nerveuse qui descend à travers le bulbe et la moelle pour aboutir aux reins par l'intermédiaire des nerfs splanchniques. Les résultats obtenus par Camus, Roussy, etc., devraient s'interpréter ainsi : les lésions du tuber cinereum produisent un arrêt ou une inhibition des impulsions physiologiques se rendant aux vaisseaux du rein par la voie hypophyso-rénale, ce qui entraine leur vas-dilatation passive et une excitation anormale des cellules rénales par excès du sang artériel, et comme résultat final, la polyurie ou le diabète insipide.

A l'appui de sa conception, S. invoque la structure histologique du lobe postérieur qui permet de l'assimiler à une formation nerveuse, de même que son origine embryologique et sa composition chimique semblable à celle de l'écorce cérébrale. Le lobe postérieur constituerait avec la région adjacente de la base une portion du cerveau somatique, le reste étant formé par les noyaux gris de la base, cerveau auquel est dévolue la régulation des fonctions végétatives, qui s'oppose au cerveau psychique (écorce des hémisphères) et dont le rôle autonome est prouvé par l'exemple des animaux privés de leurs hémisphères. Le lobe postérieur représenterait ainsi une partie d'un mécanisme sympathique nucléaire régularisant l'admission du sang artériel dans les parenchymes viscéraux.

Se basant sur 30 autopsies de diabète insipide, S. montre que ce trouble peut être dû à des lésions s'étageant depuis le lobe postérieur jusqu'au rein : lésion du seul lobe postérieur, lésions des 2 lobes ou de l'infundibulum, lésions de l'infundibulum et du tuber cinereum, lésions du bulbe, de la moelle ou des splanchniques. En outre la compression due à des lésions extrinsèques et s'exerçant sur l'hypophyse ou la région parahypophysaire de la base est capable de provoquer le diabète insipide. L'hypophyse et la région parahypophysaire pouvant être séparément impliquées dans la production du diabète insipide, la seule explication pathogénique plausible est l'existence d'une voie nerveuse commençant dans l'hypophyse et passant à travers la région de la base. Il est inadmissible d'invoquer une sécrétion interne.

Les heureux résultats que produit l'extrait de lobe postérieur dans le diabète insipide ne reposent pas sur la présence d'une sécrétion interne ou d'une hormone hypothétique dans cet extrait, l'existence de telles substances en tant qu'entités physiologiques étant encore à démontrer et étant contredite par bien

(1) Page n° 20 : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*

des faits; ils doivent être mis sur le compte des propriétés pharmacologiques de ces préparations qui déterminent la vaso-constriction des artérioles, neutralisant ainsi la vaso-dilatation rénale qui est à l'origine du diabète insipide. L'absence de ce syndrome après hypophysectomie serait due à un processus compensateur exercé par la région parahypophysaire de la base et les centres vaso-moteurs bulbaires.

P.-L. Marie.

T. Shionoya (de Tokio). ***Etude du spectre d'absorption ultra-violet du liquide céphalo-rachidien.*** — S. a étudié le spectre d'absorption ultraviolet du liquide céphalo-rachidien. Il se sert d'un arc au fer comme source de rayons ultra-violets, du tube d'absorption de Baly et du spectrographe de quartz d'Adam-Hilger. Il dessine la courbe d'absorption en prenant pour ordonnées le logarithme de l'épaisseur des couches de liquide et comme abscisses l'inverse de la longueur d'onde (numéro d'onde).

S. a soumis à cette épreuve des liquides normaux et pathologiques. Il a obtenu les résultats suivants :

1° Avec un liquide normal, la courbe présente une légère concavité entre les longueurs d'onde 2924° Angstrom et 2.525° A. en couche épaisse; elle est presque horizontale entre 2.757° A. et 2.525° A., ce qui signifie qu'il n'y a pas de bande d'absorption spéciale.

2° Les liquides pathologiques, excepté celui d'un cas d'encéphalite léthargique, montrèrent une concavité accentuée entre 2.924° A. et 2.525° A., la profondeur de la dépression variant avec les diverses maladies. Cette profondeur est proportionnelle à la quantité de protéines décelée par les épreuves de Nonne-Apelt et de Pandy, mais non au résultat de la réaction de Wassermann. La courbe dans le cas d'encéphalite léthargique étudié se montra identique à la courbe des liquides normaux.

La sérum-albumine, l'euglobine et la pseudo-globuline, du point de vue de leur spectre d'absorption, se comportent de même que les liquides pathologiques, dont le spectre d'absorption spécial paraît donc bien dû à la présence des protéines. La concentration des protéines peut se juger grossièrement d'après la profondeur de la dépression de la courbe, mais on ne peut en déduire aucune indication touchant la nature de la protéine en cause.

Cette épreuve, donnant un résultat numérique, est plus scientifique que les méthodes usuelles dont les résultats ne peuvent s'apprécier que vaguement par le degré d'un trouble. Elle a de plus l'avantage de laisser le liquide inaltéré et pouvant servir à d'autres recherches.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE

(Baltimore)

Tome XXXIX, n° 5, 1er Mai 1924.

S. Flexner et H. L. Amoss. ***Une souche immunisante du virus de la poliomyélite.*** — On ne connaît pas le moyen d'atténuer artificiellement un échantillon de virus de la poliomyélite actif chez le singe. Toutes les souches humaines étudiées jusqu'ici, une fois qu'elles ont été adaptées au singe par des passages, se montrent très virulentes. Un certain nombre de souches, en raison de leur faible pouvoir pathogène originel, sont absolument incapables de s'adapter au singe ; en injection elles ne produisent aucun effet appréciable et n'immunisent aucunement l'animal contre l'inoculation ultérieure d'une souche virulente. On ne connaissait donc jusqu'ici que 2 variétés de virus de la poliomyélite, l'une trop faible pour déterminer une réaction, l'autre si puissante qu'elle produit des paralysies très graves chez le singe, aboutissant d'ordinaire à la mort.

F. et A. signalent qu'ils ont rencontré une 3e variété. Bien qu'elle ait déterminé chez l'enfant où elle a été trouvée des accidents d'une sévérité inusitée et des lésions exceptionnellement intenses, elle ne causa chez les singes inoculés (*Macacus rhesus*) que des symptômes légers de poliomyélite; presque tous les animaux réagirent à ce virus atténué; tous guérirent complètement ou presque et, fait d'un grand intérêt, ceux qui avaient réagi se montrèrent réfractaires à l'inoculation ultérieure d'une souche très virulente qui tua les témoins en une quinzaine de jours. Cette souche atténuée, suivie actuellement depuis 2 ans, n'a pas subi de changements notables dans son pouvoir pathogène. Le caractère des lésions qu'elle détermine, plus médullaires que bulbaires, plus inflammatoires (infiltrations périvasculaires étendues, interstitielles modérées) que destructives, rend compte de la bénignité relative des accidents et du retour des fonctions motrices.

P.-L. Marie.

E. L. Opie. ***La destinée de l'antigène (protéine) chez un animal immunisé à son égard.*** — O. s'est donné pour tâche de déterminer comment l'animal immunisé se protège contre la substance antigène vis-à-vis de laquelle il est immunisé. Il a choisi deux protéines, albumine d'œuf cristalline et sérum de cheval, qui produisent les phénomènes de l'immunité et sont faciles à reconnaître au moyen de la réaction de précipitation qui permet ainsi de suivre leur absorption au niveau du lieu de l'injection et leur distribution dans l'organisme.

Les protéines en question furent injectées dans le derme, à raison de 0 cmc 5 (en solution à 5 pour 100 pour l'albumine). Puis la peau fut excisée à intervalles divers après l'injection et traitée par une quantité déterminée d'eau physiologique, après avoir été finement hachée. L'extrait centrifugé est alors essayé en présence de sérum de lapin précipitant et, au moyen de dilutions croissantes de l'extrait, on détermine approximativement la teneur du tissu en antigène.

Les expériences avec l'albumine d'œuf montrèrent que, chez le lapin normal, elle disparaît rapidement du lieu de l'injection et qu'elle n'y est plus décelable au bout de 3 jours. Elle pénètre dans le sang circulant, mais en disparaît très rapidement puisqu'on ne l'y trouve plus après le premier jour. Elle est décelable dans l'urine durant les 24 heures consécutives à l'injection. Elle est donc très diffusible. Chez l'animal immunisé, l'albumine d'œuf se maintient à une concentration plus élevée au siège de l'injection, elle n'y diminue que lentement et elle n'a pas encore disparu le 5e jour. On ne la trouve pas dans le sang ni dans l'urine. Les animaux immunisés ont donc acquis la faculté de fixer cette substance très diffusible au niveau du lieu de son introduction.

Avec le sérum de cheval, les résultats sont analogues, à cette différence près qu'il est moins diffusible que l'albumine d'œuf et qu'il n'apparaît pas dans l'urine chez l'animal normal alors qu'il est présent dans le sang. Chez le lapin immunisé il diffuse dans les tissus loin du point d'injection, on le retrouve à plus de 5 cm. de ce dernier et dans le sang. Chez l'animal immunisé, il est fixé au niveau même du siège de l'inoculation et ne pénètre pas dans la circulation; il détermine une inflammation locale aiguë (phénomène d'Arthus), qui fait défaut chez l'animal normal, dans la production de laquelle intervient sans doute la précipitation spécifique qui joue aussi un rôle dans la fixation locale de l'antigène. Le précipité lavé et injecté se montre très chimiotactique à l'égard des polynucléaires. Il est probable que la destruction sur place de l'antigène résulte de la digestion intracellulaire. Avec l'immunité, l'animal acquiert donc la capacité de fixer l'antigène au prix d'une inflammation locale et même d'une nécrose, qui s'accompagne de sa destruction, et le reste de l'organisme se trouve ainsi protégé.

P.-L. Marie.

W. H. Brown et L. Pearce. ***Pénétration du tréponème pâle à travers les muqueuses normales du lapin; influence de ce mode d'infection sur l'évolution de la maladie.*** — Chez certains syphilitiques l'infection, au lieu de suivre l'évolution classique, ne se manifeste par aucun symptôme ou que par des signes très atténués pendant un temps très prolongé. La raison de cette particularité reste inconnue jusqu'ici. La résistance du patient et la faible virulence du tréponème jouent certes un rôle, mais les circonstances de la contamination semblent en jouer un au moins aussi grand. Chez l'homme et le lapin, il est bien établi que la syphilis peut s'installer sans présenter la lésion primaire caractéristique. De nombreux facteurs individuels, âge, siège de l'inoculation, etc., influent sur les résultats des inoculations expérimentales. Il ressort de ces constatations que les circonstances dans lesquelles la syphilis est contractée constituent une des conditions majeures qui déterminent le cours général de la maladie.

Les recherches de B. et P. viennent jeter d'une part une certaine lumière sur l'origine de certains cas obscurs de syphilis, et établir d'autre part que la façon dont celle-ci est contractée influence grandement son évolution clinique. Elles montrent en effet que la simple application d'une émulsion de testicule riche en tréponèmes sur les muqueuses saines d'un lapin (prépuce, conjonctive) suffit à infecter l'animal; l'agent pathogène est donc capable de pénétrer à travers des muqueuses apparemment normales. Mais l'infection ainsi produite diffère de celle que cause l'inoculation intracutanée ou intratesticulaire par l'absence habituelle du chancre caractéristique et par une évolution pauvre en symptômes. Des 12 lapins inoculés par application d'une émulsion de tréponèmes sur la muqueuse génitale, 7 présentèrent des lésions locales définies, mais atypiques, d'ordinaire sous forme de papules indurées, au bout d'une période d'incubation souvent très prolongée. Chez les autres animaux, les lésions, très petites, seraient passées inaperçues si l'attention n'avait pas été en éveil ou auraient pu être confondues avec des lésions banales. De même pour les lésions conjonctivales. Néanmoins tous les animaux présentèrent des adénopathies régionales et générales, et la plupart, des lésions du scrotum (papules indurées, plaques infiltrées) et des testicules (nodules, infiltration suivie d'atrophie, exceptionnellement orchite). L'adénite et les lésions scrotales métastatiques dans plusieurs cas firent leur apparition avant les accidents locaux d'inoculation. Toute autre lésion à distance fit défaut pendant une période d'observation de plus de 100 jours. L'évolution si lente et si atténuée de la maladie, comparée à celle des témoins, semble attribuable à la pénétration d'un petit nombre de tréponèmes ou à la diminution de leur vitalité avant qu'ils aient pu atteindre les endroits propices à leur croissance et à leur multiplication. On peut trouver des analogies entre cette évolution et celle de certaines syphilis humaines où les circonstances de contamination doivent aussi intervenir pour expliquer l'allure clinique spéciale.

P.-L. Marie.

INTERNATIONAL CLINICS

(Philadelphie).

Tome XXXIV, Mars 1924.

J. E. Sweet. ***La vésicule biliaire; son passé, son présent, son avenir.*** — S. étudie dans ce mémoire l'embryologie, l'anatomie, la physiologie de la vésicule biliaire; ses conclusions diffèrent en certains points des conceptions classiques.

En ce qui concerne l'embryologie, il montre que la vésicule se développe de façon indépendante, tirant son origine d'un amas cellulaire qui est situé à l'extrémité inférieure de l'intestin antérieur et qui donne également naissance au foie et au pancréas.

Pour l'anatomie, il expose la configuration, les rapports et la structure de la vésicule. La tunique musculaire a les caractères d'une *muscularis mucosæ*, n'ayant aucunement pour fonction de vider la vésicule La position de cet organe à la partie basse du système biliaire accessoire et l'existence de deux valvules à son isthme font penser qu'elle se remplit facilement, mais qu'elle se vide avec difficulté.

Après avoir étudié l'appareil vasculaire et lymphatique, S. attire l'attention sur les diverticules pariétaux de la muqueuse des canaux biliaires. Ces diverticules étaient connus des anciens anatomistes; les modernes en parlent peu. Ce sont des organes bien définis dont les caractères sont mis en évidence par l'injection des canaux. Ils n'ont rien de glandulaire; ils ont la même structure que la vésicule et peuvent être considérés comme des vésicules biliaires accessoires; ils s'hypertrophient d'ailleurs après la cholécystectomie.

En résumé, la structure de la vésicule, sa riche vascularisation sanguine et lymphatique, la disposition des valvules amènent à cette conclusion que la bile et les substances qui pénètrent dans la vésicule par le canal cystique n'en ressortent pas et y sont absorbées; la vésicule est destinée avant tout à l'absorption, et ce rôle se manifeste principalement en ce qui concerne le métabolisme de la cholestérine.

J. Rouillard.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Tome V, n° 2, Avril 1924.

L. Nègre. ***Sur les relations qui existent entre les bacilles paratuberculeux et les bacilles tuberculeux.*** — N. étudie ces rapports au point de vue du pouvoir pathogène de ces deux catégories de germes et au point de vue de leurs affinités biologiques.

Jusqu'à présent, aucun fait expérimental ne permet d'affirmer que les bacilles tuberculeux des animaux à sang chaud puissent se transformer en bacilles acido-résistants des animaux à sang froid ou en bacilles acido-résistants saprophytes, et inversement les bacilles paratuberculeux en bacilles tuberculeux pathogènes pour les animaux à sang chaud. Les résultats positifs communiqués ces derniers temps paraissent dus à des infections surajoutées.

Peut-être arrivera-t-on à démontrer qu'un bacille paratuberculeux peut à la longue s'adapter à l'organisme d'un être vivant, ou qu'inversement un bacille humain ou bovin peut perdre peu à peu sa virulence par passage chez les animaux inférieurs. D'ailleurs la nature est peut-être capable de réaliser ce que l'homme n'arrive pas à accomplir.

En tout cas, les bacilles paratuberculeux se rattachent aux bacilles tuberculeux pas d'autres liens que leurs caractères morphologiques et culturaux.

S'ils sont en général peu ou pas agglutinables par les sérums antituberculeux, ils peuvent se comporter dans une certaine mesure comme antigènes dans la réaction de déviation du complément. Sans doute, ils partagent cette propriété avec le bacille diphtérique et le *Bacillus subtilis*, mais cela tient à ce que ces derniers microbes présentent comme eux une composition chimique voisine de celle des bacilles tuberculeux vrais. Malgré cette propriété antigène qu'ils partagent en partie avec les bacilles tuberculeux, ils sont dépourvus de tout pouvoir immunisant contre l'infection tuberculeuse.

Les bacilles paratuberculeux se rapprochent aussi des bacilles tuberculeux en ce qu'ils sécrètent une tuberculine, mais elle est beaucoup moins active que la tuberculine des bacilles humain et bovin.

Au point de vue du pouvoir sensibilisant, s'ils ne sont pas capables de sensibiliser l'organisme à l'injection de bacilles tuberculeux vrais, il peuvent tout au moins déchaîner une réaction caractéristique chez l'animal tuberculeux.

Les bacilles paratuberculeux, tout en formant un groupe à part, se rapprochent donc des bacilles tuberculeux vrais par des affinités biochimiques indéniables. L. Rivet.

E. Libert. ***Nouvelles recherches sur l'élimination du bacille tuberculeux par la bile chez l'homme* (contribution au problème des tuberculoses pulmonaires fermées).** — Expérimentalement, chez un chien porteur d'une fistule biliaire complète, inoculé le 22 Juillet 1922 avec une dose considérable de bacilles humains, par voie sous-cutanée, et mort le 29 Août d'une tuberculose granulique généralisée, L. n'a pu, ni par la recherche directe après centrifugation, ni par culture sur le milieu de Petroff, ni par inoculation au cobaye, mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux éliminés par la bile.

Cliniquement, L. relate une série de cas dans lesquels existaient des lésions pulmonaires décelées par la radiographie, avec examen positif de la bile duodénale obtenue par tubage, et bacilloscopie négative des crachats, même après homogénéisation. On pourrait être tenté dans ces cas de parler de tuberculoses fermées, et d'expliquer le résultat positif du tubage duodénal par une élimination biliaire, et non par la déglutition de particules bacillifères. Or l'inoculation des crachats démontra que l'expectoration était bacillifère : la tuberculose pulmonaire évolutive est, en effet, ouverte ou elle n'est pas.

L'étude de quelques observations semble cependant montrer la possibilité, dans quelques cas, de l'élimination des bacilles par la bile. Toutefois, l'élimination biliaire ne constitue pas un phénomène normal et constant, correspondant à une bacillémie permanente ; elle ne peut s'effectuer que par de minimes décharges éphémères, et n'implique nullement l'idée d'une septicémie tuberculeuse. Ces décharges oligo-bacillaires par les voies biliaires sont comparables à celles qui ont été constatées dans les urines chez certains malades en dehors de toute lésion rénale (Rist et Kindberg). Elles ne portent pas atteinte à la doctrine qui voit dans la tuberculose ulcéro-caséeuse un processus essentiellement local.

L. Rivet.

Th. et J. Stephani (Montana). ***Les variations de la formule d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire et leur valeur pronostique.*** — A l'aide de nombreuses observations personnelles, les auteurs montrent que, dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte, la formule d'Arneth est d'autant plus déviée à gauche que le malade se défend moins bien vis-à-vis de l'infection. La déviation exprime les rapports entre l'attaque et la défense, et non la gravité anatomique de la lésion.

La déviation de la formule d'Arneth n'est pas spécifique pour la tuberculose pulmonaire et se produit dans une série d'autres affections, ou sous l'influence de certains médicaments : caséine, sérums de Maragliano et de Marmorek, tuberculine. Cette formule dévie aussi dans une série d'affections banales. L'étude de la figure du sang d'Arneth présente donc un grand intérêt pronostique, mais n'a aucune valeur diagnostique. Par elle, on pourra donc se rendre compte si telle déviation est due à une affection banale intercurrente, ou si par sa persistance elle indique une aggravation de l'état clinique dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire. L. Rivet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Tome III, n° 21, 20 Mai 1924.

G. Recht (de Vienne). ***Dyspnée dans l'épreuve de compression du vague.*** — R. a institué, dans le service du professeur K. F. Wenckebach, une série d'expériences en vue d'étudier les effets de l'épreuve de Czermak. Il a pu ainsi constater que la compression exercée sur le nerf vague provoque, chez nombre de sujets, bien portants ou malades, une réaction respiratoire : après une courte période latente, on voit se produire une dyspnée se traduisant par des inspirations profondes et des expirations actives, avec sensation subjective de « manque d'air ».

Dans la plupart des cas, cette dyspnée cesse en même temps que l'on interrompt la compression du vague, pour faire place à une apnée plus ou moins prolongée.

La genèse de cette réaction respiratoire doit être cherchée dans un réflexe qui intéresse surtout le nerf vague et, peut-être, aussi les ramifications sympathiques. Il se peut aussi que le trouble brusque provoqué dans la circulation cérébrale par la compression concomitante de l'artère carotide et de la veine jugulaire joue un certain rôle dans la production du phénomène en question.

L. Cheinisse.

H. Kahn (d'Altona). ***Le diagnostic différentiel des tumeurs malignes à l'aide de quelques gouttes de sang.*** — Les méthodes de sérodiagnostic des tumeurs malignes, proposées jusqu'à présent, reposent généralement sur la labilité des substances albuminoïdes dans le sérum cancéreux. Leur valeur dépend surtout de la nature des matières protéiques qui jouent le principal rôle dans la réaction donnée. C'est ainsi que, dans la détermination de la rapidité de la sédimentation globulaire, on met surtout en évidence une augmentation des albuminoïdes « hydrophobes », c'est-à-dire du fibrinogène et de l'euglobuline. Dans d'autres méthodes, telles que la réaction méiostagmique (Ascoli et Izar), la réaction de Botellho, la réaction de floculation décrite par K. dans un travail antérieur sous le nom de *Flockungs-Trubungs-Reaktion (Fl.-Tr.-R.)*, c'est plutôt la diminution des albuminoïdes « hydrophiles » que l'on met en évidence.

Alors que l'albumine hydrophile est très abondante au sein même de la tumeur maligne, son taux subit, au contraire, une forte diminution dans tout le reste de l'économie et, en particulier, dans le sang.

La réaction de K. consiste essentiellement à faire extraire de quelques gouttes de sang desséché sur papier-filtre l'albumine en question au moyen d'une solution de sulfate d'ammoniaque à 37,20 pour 100 (en poids), et à porter ensuite le liquide à l'ébullition. S'il se produit un trouble intense, la réaction est négative ; un trouble de moyenne intensité indique un résultat douteux ; un trouble léger allant jusqu'à l'opalescence constitue une réaction positive.

L. Cheinisse.

N° 23, 3 Juin.

Prof. S. M. Neuschlosz. ***Sur les rapports entre la viscosité spécifique du sérum sanguin et le taux du métabolisme basal dans les troubles fonctionnels de la glande thyroïde.*** — En collaboration avec Hellwig, N. a montré, dans un travail antérieur, que la viscosité du sérum sanguin subit, sous l'influence des troubles dans le fonctionnement de la glande thyroïde, des modifications susceptibles de faciliter le diagnostic, l'hyperthyroïdie s'accompagnant d'une diminution relative de cette viscosité, tandis que, en cas d'hypothyroïdie, elle augmente (Voir *La Presse Médicale*, 6 Décembre 1922, p. 1060).

La viscosité du sérum étant en rapport étroit avec la teneur de celui-ci en albumines, N. et Hellwig ont dressé un tableau qui donne la viscosité moyenne correspondant aux divers degrés de concentration des sérums en protéines. La viscosité relative et la teneur d'un sérum en albumines une fois déterminées, on commence par rechercher, dans le tableau, quel est le degré de viscosité qui doit etre considéré comme normal pour la concentration donnée en albumines, et l'on divise la valeur réelle de viscosité par ce chiffre. La fraction ainsi obtenue est désignée par P. Spiro sous le nom de « viscosité spécifique ».

Or, il résulte d'une série de recherches instituées sur 31 malades (9 hyperthyroïdies manifestes, 7 cas douteux, 10 goitres sans hyperthyroïdie et 5 hypothyroïdies) qu'il existe un certain rapport entre l'état du métabolisme basal et cette viscosité spécifique du sérum : une élévation du métabolisme basal coïncide généralement avec une viscosité spécifique basse ; un abaissement du métabolisme basal correspond à des valeurs élevées de viscosité spécifique.

Aussi N. considère-t-il la détermination de la viscosité spécifique du sérum sanguin comme une méthode utile, quoique seulement approximative, au point de vue du diagnostic fonctionnel de l'état de la glande thyroïde. Elle rendra notamment d'excellents services dans les cas où l'on ne dispose pas d'outillage nécessaire pour la détermination du métabolisme basal. Mais, en dehors même de ces circonstances, elle pourra toujours être utilisée pour permettre au clinicien d'être rapidement fixé sur le *sens* du trouble fonctionnel de la thyroïde. Par contre, cette méthode ne saurait se prêter à l'appréciation quantitative du degré de ce trouble : à cet effet, on ne saurait recourir qu'à l'évaluation du métabolisme basal. L. Cheinisse.

Prof. Schnabel (de Berlin). ***Nouvelles recherches sur l'étiologie de l'encéphalite épidémique* (léthargique).** — On sait que l'identité du virus herpétique et du virus encéphalitique a été contestée par Bastai et Busacca (voir *La Presse Médicale*, 22 Mars et 26 Avril 1924, Analyses, p. 52 et 76), ainsi que par Kling (de Stockholm) et ses collaborateurs. Or, S. a eu l'occasion d'étudier les souches de Levaditi, de Bastai et de Kling, et il a pu se convaincre que, de ces 3 virus, celui de Levaditi s'apparente de près ou est même identique au virus herpétique, tandis que les souches de Bastai et de Kling ne peuvent être reconnues comme agents pathogènes de l'encéphalite épidémique.

Bastai et Busacca, Veratti et Sala ont décelé la présence du virus herpétique dans le liquide céphalo-rachidien et même dans le sang, non seulement pendant l'éruption d'herpès, mais aussi au cours des périodes intermédiaires, et cela en l'absence de toute encéphalite. En raison de l'importance de ce côté de la question, S. s'est appliqué, pendant ces 2 dernières années, à rechercher le virus herpétique dans le liquide céphalo-rachidien, non seulement dans des

cas d'encéphalite épidémique subaiguë ou chronique, mais encore chez divers malades présentant de l'herpès cutané. Sur les 12 cas incontestables d'encéphalite épidémique qu'il a eu l'occasion d'étudier à cet égard, il n'a jamais réussi à mettre en évidence le virus herpétique ou un virus quelconque par inoculation intradurale ou cornéenne du liquide céphalo-rachidien à des lapins ou à des cobayes. Les mêmes résultats négatifs furent enregistrés chez 43 malades non encéphalitiques, qui avaient une éruption d'herpès et parmi lesquels il y avait des cas de méningite, de pneumonie, de tuberculose, de grippe, de blennorragie, de septicémie, etc.

Ces constatations vont donc à l'encontre des observations faites par les auteurs italiens, ce qui peut tenir à des différences de virulence ou à d'autres circonstances. L. Cheinisse.

N° 24, 10 Juin.

Prof. Max Kappis (de Hanovre). ***Contribution à la pathogénie et au traitement du hoquet.*** — Le hoquet est généralement considéré comme une crampe clonique du diaphragme. Mais, en réalité, le hoquet peut aussi avoir d'autres origines, et le cas relaté par K. en constitue un exemple instructif.

Il s'agissait d'une femme de 27 ans, dont le hoquet remontait à 3 ans, et qui avait subi une phrénicotomie bilatérale. Comme cette intervention n'avait donné aucun résultat, on procéda à une résection des deux phréniques, mais le hoquet n'en persista pas moins et sans le moindre changement.

Ce fait montre que, avant de se décider à une intervention opératoire, il importe de se rendre compte si le hoquet est réellement déterminé par une crampe clonique du diaphragme ou s'il relève d'une contraction clonique d'autres muscles respiratoires. C'est ainsi que, dans le cas de K., ce n'était pas le diaphragme qui prenait une part active au mécanisme du hoquet, mais la musculature du cou, de l'épaule et du thorax.

Chose curieuse, malgré la double phrénicotomie, le diaphragme continuait à fonctionner normalement : à l'examen radioscopique, on voyait les deux moitiés du diaphragme se mouvoir vers en bas à l'inspiration et vers en haut à l'expiration, et la différence de niveau entre la position du diaphragme en inspiration et en expiration était à peu près celle que l'on constate chez le sujet normal. Ces constatations témoignent qu'il doit intervenir encore une autre innervation motrice du diaphragme. L. Cheinisse.

W. Redisch (de Prague). ***Recherches capillaroscopiques dans les névroses vasculaires.*** — R. rapporte 2 cas de troubles vasomoteurs graves et 1 cas de maladie de Raynaud avec sclérodermie qui viennent à l'appui de la conception formulée récemment par O. Müller et d'après laquelle l'acrocyanose, le « doigt mort » et la maladie de Raynaud ne seraient que des manifestations diverses d'une seule et même « diathèse vasonévrotique ».

Dans les 2 premiers cas, l'examen clinique a pu être complété par une série de recherches capillaroscopiques. Chez les 2 malades (femmes), on a noté les altérations correspondant à l'acrocyanose et la même réaction des capillaires au froid et à la chaleur : sous l'influence du froid, on voyait s'effacer le plexus artériel sous-papillaire, la dilatation de la portion veineuse des capillaires augmentait fortement et la stase se produisait progressivement dans tous les capillaires. La chaleur provoquait une cessation du spasme artériel.

Dans l'un de ces cas, une sympathectomie fut pratiquée par le professeur Lotheissen, sans amener la moindre amélioration dans les crises douloureuses localisées aux extrémités, ni le moindre changement dans le tableau capillaroscopique.

L. Cheinisse.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE

(*Berlin*)

Tome CXXIX, n°s 1-2, 1924.

Fritz Liebig. ***Traitement chirurgical de la maladie de Basedow; résultats éloignés.*** — Dans cet article, L. publie les résultats de la clinique de Breslau durant ces 30 dernières années. Sur un total de 300 cas, 268 ont été opérés, 32 ont été traités médicalement : traitement iodé ou extrait de corps thyroïde; cure de repos, d'altitude, massage de la glande, radiothérapie (il faut bien savoir que celle-ci crée des adhérences qui peuvent venir compliquer une opération ultérieure).

Dans les 2/3 des cas, les premiers symptômes ont consisté en une augmentation de volume du cou survenant soit après un traumatisme d'ordre surtout psychique, après une grossesse ou une maladie infectieuse. Dans 85 pour 100, le sexe féminin a été atteint.

Le traitement pré-opératoire est d'une importance capitale : il s'agit de mettre au repos le cœur et le système nerveux de ces malades pendant une durée de temps variable de 1 jour à 3 semaines; le traitement consiste en repos au lit, régime lacto-végétarien, bromure ou dérivés comme somnifères (adaline, 2 à 3 gr. par jour), applications de vessie de glace sur les régions thyroïdienne et cardiaque. L. ne se déclare pas partisan de l'administration de digitaline dans le stade pré-opératoire.

La question de l'anesthésie est très importante; chaque anesthésie a des avantages et des inconvénients : anesthésie locale avec le mélange novocaïne adrénaline à 1/2 pour 100, mais elle est susceptible d'entraîner des accidents cardiaques; anesthésie générale à l'éther, mais il est indiqué de calmer le psychisme de ces malades par un aide spécial, d'éviter la période d'excitation par l'administration au préalable de morphine ou de pantopon.

Les opérations pratiquées ont toujours été des opérations directes sur le corps thyroïde : ligatures artérielles plus ou moins étendues, thyroïdectomies plus ou moins larges. Depuis 1921, la technique consiste en une incision aciforme pré-cervicale, section des muscles sous-hyoïdiens avec entamement du sterno et ligature des artères thyroïdiennes supérieures et inférieures de chaque côté. S'il existe une thyroïdienne moyenne, elle est également liée. On procède ensuite à une résection sous-capsulaire, suivie d'une suture exacte de la capsule et d'un drainage qui est laissé dans la profondeur 2 ou 3 jours. L. rejette les extirpations totales type Südeck.

Sur 268 la mortalité a été de 11,2 p. 100 (30 morts) :

10 ligatures, 4 morts	40 p. 100
14 résections (d'après Mikulicz), 2 morts	14 p. 100
186 hémistrumectomies (ligature d'un côté et résection polaire de l'autre côté), 20 morts	10,7 p. 100
57 résections (d'après Enderlem-Hotz), 4 morts	7 p. 100

Mais il est intéressant de constater que les résultats vont en s'améliorant avec les années.

1893-1907 : 47 opérations, 9 morts, soit : 19,1 p. 100
1908-1923 : 221 opérations, 21 morts, soit : 9,5 p. 100

Parmi les causes de la mort, nous relevons l'importance des accidents cardiaques, le malade étant rapidement emporté après l'opération au milieu de crises d'agitation extrême. L'autopsie a généralement montré l'existence du status lymphaticus redouté sans que l'on puisse à proprement parler dire qu'il s'agissait d'une véritable hypertrophie thymique.

L'examen post-opératoire du tissu thyroïdien enlevé a montré qu'il s'agissait tantôt de Basedow typique, tantôt de goitre basedowifié.

Parmi les accidents post-opératoires on note : 1 cas de tétanie, 3 cas de psychose à type Korsakow, 1 pneumonie, 1 ictère d'origine probablement médicamenteuse, 1 cas d'hémorragie post-opératoire ayant nécessité l'ouverture de la plaie pour parfaire à l'hémostase, 1 abcès.

Comme traitement post-opératoire, il faut avoir en vue l'agitation de ces malades et les accidents cardiaques. On usera du repos au lit, glace sur la région cardiaque, morphine. Enfin, le malade devra être surveillé et traité après sa sortie de l'hôpital.

Surtout intéressants sont les résultats éloignés : sur 133 cas, on note 92 guérisons complètes, 22 améliorations très notables, 10 améliorations, 9 plus ou moins améliorés. Quant à la durée, nous avons dit que ces cas remontaient à ces 30 dernières années. En ce qui concerne les méthodes opératoires, les récidives se manifestent de préférence quand on a eu recours à une opération simple, alors qu'elles ne se produisent pas dans les résections étendues. Cependant les opérations partielles sont capables de donner de bons résultats si le malade reste un certain temps sans récidive. J. Sénèque.

Fasc. 4-5.

Tietze et Winkler. ***La participation du parenchyme hépatique dans la lithiase biliaire.*** — Le retentissement des affections des voies biliaires sur le parenchyme hépatique est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit. Ceci est vrai aussi bien pour les affections de la voie biliaire principale que pour celles de la vésicule et, alors même qu'au cours de l'intervention chirurgicale, le foie ne paraît pas atteint, c'est l'examen microscopique seul qui permet de se rendre compte de ces lésions. Dans un certain nombre de cas il existe des lésions de la substance hépatique interacineuse et, plus tard, atteinte des voies biliaires de moyen et de petit calibre. De bonne heure également le tissu conjonctif environnant est touché. Ce sont ces lésions qui caractérisent l'hépatite interstitielle ou interlobulaire. Le développement de ces lésions dépend de la durée et de l'intensité de l'affection primitive. Si celle-ci a été de courte durée, soit qu'il y ait eu rétrocession spontanée, soit par suite de l'intervention chirurgicale, il ne persistera qu'une simple prolifération fibreuse. Au contraire, dans les formes récidivantes ou de longue durée, il y aura atteinte des îlots hépatiques et, à côté de l'écoulement biliaire, il faut tenir compte de sa consistance, de son contenu en toxines, en bactéries, enfin de la rapidité avec laquelle se produit cette évacuation biliaire. L'accentuation des trois premiers facteurs, le ralentissement du dernier conduiront aux lésions d'hépatite lobulaire dans ses différentes formes, depuis les lésions légères de dégénérescence graisseuse jusqu'aux formes d'atrophie sévère avec nécrose totale. Dans d'autres cas, les phénomènes infectieux aboutiront à la formation d'abcès biliaires multiples. Enfin, dans les formes de longue durée, les lésions aboutissent à un processus d'hépatite productive interlobulaire avec induration biliaire consécutive.

J. Sénèque.

IL POLICLINICO [*Sezione chirurgica*]

(*Rome*)

T. XXXI, fasc. 5, 15 Mai 1924.

R. Brancati. ***Sur le mécanisme de la mort par ustion; étude spéciale du système nerveux.*** — B. rappelle d'abord les ressemblances cliniques qu'on note entre les individus succombant à des brûlures et les urémiques, quoiqu'on n'admette plus que les brûlés meurent d'accidents urémiques, comme le soutenait Ponfick; il reste que le tableau des brûlures rappelle celui de certaines intoxications. L'auteur passe en revue les innombrables mécanismes mis en avant pour expliquer la mort et s'arrête spécialement aux travaux de Vogt, pour qui les substances résorbées au niveau des tissus brûlés produisent des accidents toxiques rappelant ceux du choc anaphylactique. B. lui-même a mis en lumière dans un travail antérieur les lésions du système réticulo-endothélial chez les brûlés; c'est à l'étude des lésions du système nerveux qu'il s'attache dans le travail actuel.

Il relate le résultat de nombreuses expériences chez les cobayes brûlés : les animaux meurent presque toujours d'une façon brusque, ayant présenté des paralysies, des secousses des membres, de l'opisthotonos, des troubles respiratoires et sphinctériens. L'autopsie montre des hémorragies au niveau de l'écorce cérébrale, dans le bulbe et la moelle, en particulier dans la substance grise, et des lésions cellulaires. Des lésions plus ou moins analogues ont été rencontrées par B. chez les cobayes traités diversement : injections sous-cutanées d'extraits hépatiques provenant de cobayes brûlés, injections intrapéritonéales, injections des mêmes extraits faites en plusieurs fois de manière à réaliser le choc anaphylactique, injections par voies diverses de sérum équin normal. L'extrait de foie de cobaye normal ne produit des lésions qu'à doses beaucoup plus élevées. L'existence de ces altérations nerveuses au niveau du faisceau pyramidal et des noyaux bulbaires explique certains troubles moteurs et respiratoires. B. accompagne son travail de plusieurs figures représentant les lésions et d'un index bibliographique important.

L. Cotoni.

REVUE DES JOURNAUX

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Tome L, n° 17, 25 Avril 1924.

T. Ogata, S. Kawakita, H. Oka, S. Suzuki, S. Kagoshima (de Tokio). ***Considérations critiques sur l'identité ou la non-identité de l'avitaminose B avec le béribéri humain.*** — L'étiologie du béribéri est remise en question de divers côtés. De l'avis des auteurs, la découverte par Eijkmann de la polynévrite des gallinacés due à la carence en vitamine B a égaré les chercheurs dans une fausse direction et, si l'on étudie à fond, comme ils l'ont fait depuis de longues années, l'avitaminose B et le béribéri, on acquiert la conviction que ce sont deux entités morbides radicalement différentes

En premier lieu, les relations du béribéri avec la vitamine B ne sont rien moins qu'établies. Certes, la maladie du riz est bien une avitaminose et on peut démontrer, en comparant l'action curative du foie provenant de pigeons sains et de celui provenant de pigeons morts de polynévrite, que la teneur en vitamine B des foies provenant des oiseaux malades est notablement diminuée. Rien de tel pour les foies recueillis chez les individus ayant succombé au béribéri qui se montrent efficaces contre la maladie du riz. La diminution de la vitamine B dans l'organisme des béribériques n'est donc pas vraisemblable. On ne peut nier cependant l'existence de certains rapports étiologiques entre le béribéri et l'avitaminose B : il semble que le facteur principal du béribéri réside dans le manque d'un certain constituant alimentaire et que le manque de la vitamine B ne soit qu'accessoire.

En second lieu, le tableau anatomo-clinique des 2 maladies présente trop de traits opposés pour qu'on puisse les regarder comme des affections identiques. Les dissemblances entre les troubles nerveux sont manifestes : les crampes, l'ataxie, l'obnubilation caractéristique de la maladie du riz manquent dans le béribéri ; dans la maladie du riz les symptômes nerveux n'apparaissent qu'à la période terminale, d'une durée de quelques jours seulement et qu'il est impossible de prolonger malgré l'apport de vitamine B. Les lésions histologiques de névrite ne se rencontrent qu'à ce stade. Du côté du système circulatoire, la tachycardie, l'hypertrophie du cœur, la stase accentuée du béribéri s'opposent à la bradycardie et à l'atrophie cardiaque de l'avitaminose B ; l'œdème si frappant et si constant du béribéri est exceptionnel dans l'avitaminose, ou bien il est terminal et d'origine cachectique. A la maladie du riz appartiennent en propre l'hypothermie, les troubles digestifs intenses, la stagnation puis la diminution rapide du poids, l'hyperglycémie initiale, l'anémie accompagnée de modifications accusées des hématies, de lymphopénie concomitante d'une atrophie de l'appareil lymphatique très caractéristique de l'avitaminose B, la sidérose du foie et de la rate, la tendance à la diathèse hémorragique, l'hyperplasie du cortex surrénal, l'atrophie testiculaire, la diminution de la résistance aux infections. Au contraire, dans le béribéri, les troubles de la digestion et de la nutrition sont au second plan, la formule sanguine est peu modifiée, l'appareil lymphatique est assez souvent hypertrophié ; l'augmentation de volume des surrénales porte sur la substance médullaire, dont la teneur en adrénaline est augmentée. Enfin, il existe une fébricule et une dyspnée qui font défaut dans la maladie du riz.

Nagoyo a décrit chez le nourrisson un syndrome semblable à la maladie du riz expérimentale, dû à l'abus de certaines farines, qui vient encore souligner la dissemblance qui existe entre l'avitaminose B et le béribéri humain.

P.-L. Marie.

N° 20, 19 Mai.

R. Freund et E. Berger. ***La présence des streptocoques dans le sang.*** — La fréquence de la constatation de streptocoques dans le sang au cours des affections à streptocoques varie beaucoup selon les statistiques des différents auteurs ; par exemple alors que certains, dans l'endocardite lente, donnent un pourcentage de 6 pour 100 d'hémocultures positives, d'autres trouvent des streptocoques dans 60 pour 100 des cas. La technique joue ici un rôle important. En employant des milieux liquides pour l'ensemencement, F. et B. ont réussi à mettre les streptocoques en évidence dans le sang dans presque tous les cas d'endocardite lente et de septicémie qu'ils ont étudiés. Ils prélèvent 5 à 10 cmc de sang qu'ils mettent dans un verre stérile et laissent coaguler. Le caillot, après extraction du sérum, est placé dans une fiole d'Erlenmeyer renfermant 50 cmc de bouillon contenant 10 pour 100 de sérum de cheval. La culture est examinée tous les jours pendant 5 à 6 jours par ensemencement de quelques gouttes sur gélose au sang.

Avec cette technique, F. et B. ont obtenu des hémocultures positives dans tous les cas (19) d'endocardite lente examinés ; il s'agissait 16 fois de *Str. viridans*, 3 fois de streptocoques hémolytiques. Ils estiment qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à cette distinction qui est très artificielle. Expérimentalement le *Str. viridans* finit par devenir hémolysant, même s'il est isolé d'une endocardite lente ; il acquiert alors une virulence plus forte. Le caractère hémolysant est une indication de la virulence et il semble en relation chez l'homme avec les fluctuations de l'immunité, car on le voit varier au cours de certaines endocardites lentes où l'on isole des germes tantôt hémolysants, tantôt non hémolysants. Mais ce caractère semble dépendre de facteurs si nombreux qu'on ne peut guère lui accorder actuellement de valeur diagnostique ni pronostique.

Dans diverses autres maladies où l'on pouvait s'attendre à rencontrer des streptocoques les résultats positif ont été également très fréquents Ainsi parmi 18 endocardites aiguës, 17 ont montré des streptocoques hémolytiques dans 3 cas, *viridans* dans les autres cas ; dans 2 cas de scarlatine sur 3, on trouva du *Str. viridans* ; dans tous les cas de septicémie (10) sauf 1 les cultures furent positives.

Au cours d'autres affections dans lesquelles le steptocoque ne peut être considéré comme l'agent primitif, ce germe fut assez souvent mis en évidence dans le sang. Ainsi le *Str. viridans* fut trouvé dans 14 cas de rhumatisme articulaire aigu sur 23 ensemencés, dans 1 cas d'angiocholite sur 3, dans 2 cas de tuberculose fébrile sur 5. Dans 1 cas d'anémie pernicieuse sur 4 on isola des streptocoques hémolytiques. Bien qu'on ait voulu récemment individualiser une angiocholite lente et une anémie lente, homologues de l'endocardite du même nom, la mise en évidence du streptocoque dans le sang peut, ainsi qu'on le voit, être considérée comme un facteur diagnostique décisif. En particulier, dans l'endocardite lente, le tableau clinique est d'importance majeure pour le diagnostic.

P.-L. Marie.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Tome LXXI, n° 16, 18 Avril 1924.

A. Bier. ***Immunité par fécondation.*** — Selon B. la fécondation est un facteur très important de l'immunité et ce rôle a été méconnu jusqu'ici. Si les œufs non fécondés des poissons se putréfient alors que les œufs fécondés restent vivants, c'est que la fécondation leur a apporté une protection contre les maladies dues aux microorganismes. B. essaye d'étayer cette conception au moyen d'observations empruntées au règne végétal. Par exemple, les graines des mauvaises herbes des champs, malgré une ambiance très propice à la pourriture, sont capables de rester enfouies dans le sol des forêts pendant des dizaines d'années et de germer ensuite et de se développer lorsqu'on les met dans des conditions favorables. Cette résistance extraordinaire suppose une immunité, et non une simple protection mécanique de la graine. La cause de cette immunité serait l'excitation de la fécondation. Cette immunité se prolonge jusque chez le végétal adulte qui succombe souvent finalement au développement de la pourriture. Elle n'existe pas seulement à l'égard des infectieux, mais aussi à l'égard des autres agents nuisibles, chaleur, sécheresse, etc. Cette immunité est produite par la fécondation et n'est pas une conséquence de la vie elle-même. Celle-ci est très ralentie et joue un rôle presque nul chez les graines qui ont une germination retardée, alors que l'immunité s'exerce activement.

On peut mettre en parallèle la fécondation et la régénération; celle-ci confère aussi une certaine immunité à la partie qui se régénère (guérison malgré la présence de corps étrangers volumineux, par exemple). Mais l'immunité par fécondation accompagne une vie ralentie au maximun, l'immunité par régénération une vie exaltée.

L'immunité due à la fécondation résulte d'une excitation unique et dure toute la vie vis-à-vis des microorganismes de la putréfaction. L'immunité ne se manifeste pas à l'égard de certaines infections; il faut l'acquérir vis-à-vis d'autres, elle résulte alors en règle générale de l'excitation unique exercée par les micro-organismes.

La fécondation comprend 2 processus différents : la fusion des masses héréditaires mâles et femelles (amphimixie) et l'impulsion exercée sur la cellule femelle. La parthénogenèse artificielle a permis de dissocier les 2 phénomènes. La fécondation ne fournit des êtres capables de se développer complètement que si le premier stade se produit, mais certaines conditions doivent encore être réalisées dans l'amphimixie (fécondation par le pollen d'un arbre différent chez les végétaux par exemple) pour que l'impulsion de développement fournisse des descendants vigoureux.

P.-L. Marie.

E. Becher. ***Recherches sur la diurèse produite par les solutions hypertoniques de sels, de sucres, d'urée et de dérivés uréiques ; les préliminaires de la sécrétion urinaire.*** — On tend actuellement dans l'étude de la diurèse à accorder beaucoup d'importance aux modifications du sang et de la circulation (hydrémie, pression artérielle et capillaire, vitesse circulatoire dans le rein, etc). Une série de faits ont été produits à l'appui de l'action extrarénale des diurétiques, tandis que les processus qui se déroulent dans le rein même restent discutés.

Dans une longue série de recherches exécutées surtout sur le lapin, B. s'est donné pour tâche de préciser le mécanisme de l'action des diurétiques. Il s'est adressé aux solutions hypertoniques de sels (NaCl, sulfate, nitrate, phosphate de soude), de divers sucres, d'urée et de ses dérivés, méthylés et soufrés, qui ont sur les substances puriques l'avantage de pouvoir être mieux suivis quantitativement dans le sang, les tissus et l'urine.

En premier lieu, quel rôle joue l'hydrémie dans la production de la diurèse ? L'injection intraveineuse de solutions hypertoniques des différentes substances détermine une hydrémie dont le degré est inversement proportionnel à la solubilité du diurétique considéré dans les lipoïdes. Avec l'urée triméthylée, par exemple, qui est très soluble dans les lipoïdes, l'hydrémie osmotique fait presque défaut bien qu'il se produise une bonne diurèse. L'hydrémie disparaît plus rapidement que la diurèse. L'injection sous-cutanée de certains diurétiques (urée et ses dérivés, nitrate de soude) détermine une diurèse sans hydrémie ; les autres sels et les sucres ne produisent que peu ou pas de diurèse injectés par cette voie. L'action des diurétiques injectés sous la peau se comporte comme leur solubilité dans les lipoïdes et en raison inverse du degré d'hydrémie que détermine leur injection dans les veines. L'hydrémie ne peut donc être considérée comme la cause de la diurèse ; il y a des hydrémies sans diurèse et des diurèses sans hydrémie ; toutefois l'hydrémie, au moins au début, peut favoriser la diurèse.

La diminution de la viscosité et l'augmentation de l'ultrafiltrabilité du sérum favorisent aussi la diurèse, mais il n'existe pas de relation causale définie entre ces phénomènes et la diurèse. Bien plus, la diurèse continue à se produire si l'on augmente artificiellement la viscosité du sérum par l'injection intraveineuse de gélatine.

Dans les fortes diurèses qui s'installent rapidement la concentration initiale des différents constituants de l'urine se rapproche de celle qui existe dans le sérum ; puis elle s'en éloigne de nouveau au cours de la diurèse. Au moment du maximum de la diurèse, le rein n'accomplit qu'un travail osmotique relativement

faible de concentration et de dilution et se comporte comme dans l'insuffisance rénale avec polyurie et isosthénurie.

L'azote ne peut être chassé dans l'urine au moyen de la diurèse provoquée par les sels ou les sucres ; par contre on peut obtenir une élimination notable de NaCl au moyen des diurétiques azotés (thiourée surtout) et par d'autres sels, à l'exception du nitrate de soude.

Jamais on n'observe de diurèse sans élimination du diurétique, mais le diurétique peut être rejeté sans diurèse concomitante. Les diurétiques agissent en excitant la sécrétion, mais principalement pour provoquer leur propre élimination ainsi que celle de l'eau. Malgré un accroissement important de la quantité de l'urine, le rejet des substances solides de l'urine, à l'exception de NaCl, n'est que peu ou pas influencé. L'augmentation de l'élimination de NaCl s'accompagne d'un rapprochement de la concentration urinaire en NaCl de celle du sérum, ce qui implique un processus voisin d'une filtration.

NaCl injecté sous la peau parvient plus vite dans l'urine si l'on fait en même temps une injection intraveineuse d'urée que si l'on n'en fait pas, ce qui peut plaider en faveur d'une action extrarénale des diurétiques. Mais chez les lapins normaux la perspiration cutanée insensible ne fut pas modifiée par les diurétiques employés ; chez les animaux néphrectomisés, on ne put constater aucune modification sous l'influence des diurétiques. Le passage de l'eau des tissus dans le sang qu'on observe lors de la diurèse chez les animaux normaux fait défaut après néphrectomie ; on peut donc dire que l'action des diurétiques chez l'animal normal est avant tout rénale.

P.-L. Marie.

H. Hohlweg. ***Réflexions à propos de 100 gastroscopies.*** — H. préfère les gastroscopes rigides; il a employé le plus souvent celui de Schindler, à l'occasion ceux d'Elsner ou de Sternberg. La position du patient en décubitus latéral gauche est recommandable, mais H. fait remarquer qu'il n'a pas encore assez utilisé la position genu-cubitale pour pouvoir la juger. L'introduction réussit dans 95 pour 100 des cas.

Le point faible de la gastroscopie, c'est l'impossibilité actuelle de voir la totalité de l'estomac ; la région juxtapylorique échappe souvent à l'examen ainsi qu'une partie de la petite courbure; l'instrument de Schindler donne une meilleure vue de la région pylorique que celui d'Elsner. Toutes les améliorations proposées jusqu'ici pour remédier à ce défaut compromettent la sécurité de l'intervention.

La gastroscopie ne doit être employée que lorsque tous les autres moyens usuels d'exploration ont été mis en jeu et qu'ils n'ont pas permis d'arriver à un diagnostic certain. En particulier si l'on soupçonne un cancer au début, il ne faut pas hésiter à pratiquer la gastroscopie qui rend inutiles bien des laparotomies exploratrices.

La gastroscopie fait voir le pylore en mouvement presque continuel; cette activité à vide semble la conséquence de la pression exercée par l'instrument sur le cardia et les voies nerveuses. Les divers types de mouvements qu'on a décrits n'ont pas d'importance pratique mais un pylore complètement rigide doit toujours être considéré comme pathologique et indique une lésion juxtapylorique ou duodénale.

La gastroscopie rend de grands services au diagnostic, et en particulier dans le domaine des gastrites. Dans bien des cas où le diagnostic d'ulcus était vraisemblable, H. a pu découvrir qu'il s'agissait d'une gastrite, parfois accompagnée de légères érosions. D'autre part, la gastroscopie met en évidence les relations de l'ulcus avec la gastrite; il n'est pas rare de trouver chez les ulcéreux une rougeur inflammatoire au voisinage de l'ulcus et, après une cure apparemment couronnée de succès, on peut constater la disparition de cette rougeur alors que l'ulcus persiste. La réapparition de l'inflammation semble être souvent la cause des soi-disant récidives de l'ulcère. La gastroscopie donne beaucoup plus d'assurance au diagnostic de gastrite qui n'était souvent jusqu'ici qu'un diagnostic d'embarras; on peut l'éliminer à présent avec certitude. Dans 3 cas, la gastroscopie a montré le rôle important joué par la gastrite dans les douleurs des gastro-entérostomisés, gastrite que H. attribue au reflux intestinal.

Le diagnostic de l'ulcère se trouve grandement facilité. La gastroscopie a permis d'établir que les hémorragies peuvent avoir pour cause des varices ou de l'artériosclérose. Malheureusement un examen négatif ne prouve pas l'absence d'ulcère. De même, lorsqu'il s'agit de cancer; cependant dans ce cas lorsqu'on a pu voir la majeure partie de l'estomac sans rien trouver, on peut s'abstenir de la laparotomie exploratrice à laquelle on aura recours au contraire lorsque la visibilité est médiocre. H. décrit un aspect de la muqueuse, consistant en une sorte de gonflement bulleux en grains de raisin qui serait révélateur d'un cancer ou d'une inflammation du voisinage, du pancréas dans les 2 cas relatés par H.

P.-L. Marie.

N° 17, 25 Avril.

L. Jacob et K. Moeckel. ***Résultats obtenus avec la nouvelle réaction de Wassermann pour déceler la tuberculose en activité.*** — Wassermann a récemment proposé (v. *La Presse Médicale*, 1923, n° 36, analyses, p. 33) une nouvelle réaction de fixation, basée sur les propriétés lipophiles du sérum des tuberculeux, qui permettrait de dépister la tuberculose en activité, à l'inverse des autres réactions de ce genre qui n'indiquent que la présence d'un foyer tuberculeux, éteint ou non, dans l'organisme. L'antigène est constitué par des bacilles traités par la tétraline, additionnés de lécithine. L'individu qui réagit positivement, non seulement héberge des bacilles tuberculeux, mais encore possède des tissus tuberculeux.

J. et M. se sont attachés à préciser la valeur de cette réaction. Leurs conclusions sont fort réservées. D'abord la réaction est d'une exécution délicate, réclamant de nombreux témoins et un opérateur exercé. Elle ne saurait remplacer les autres méthodes de diagnostic de la tuberculose dans les cas cliniques douteux; elle ne peut constituer qu'un appoint au diagnostic, et les résultats positifs ou négatifs paradoxaux qu'ont obtenus J. et M. doivent inciter à la prudence dans les déductions qu'on en tire.

Ils ont pratiqué la réaction chez 302 sujets. Parmi 192 cas de tuberculose sûrement en activité cliniquement, 17 fois la réaction se montra négative (9 p. 100), 11 fois douteuse (6 p. 100), et encore retranchent-ils de ces cas 8 cas de pleurésie séro-fibrineuse dont 6 donnèrent une réaction négative ! Peut-être pourrait-on améliorer ces chiffres en répétant la réaction chez un même malade, J. et M. avec des recherches en série ayant vu des réactions négatives devenir positives, mais ils ont également observé parfois l'inverse chez des tuberculeux en activité. Il n'est point exact, d'autre part, que l'épreuve soit négative chez les tuberculeux en activité seulement lorsqu'il n'y a plus de tissu capable de donner lieu à une réaction biologique suffisante ; en effet, dans le groupe des formes légères de tuberculose, parmi 46 cas, 6, soit 13 pour 100, ont donné un résultat négatif et, dans le groupe des formes moyennement sévères, le même résultat a été noté chez 4 pour 100 des malades.

D'assez nombreux résultats positifs (11 pour 100) ont été obtenus chez des sujets suspects, mais que la clinique ne permettait certes pas de considérer comme des tuberculeux en activité, si bien que là encore la réaction n'apporte pas des données très sûres.

Parmi des témoins, atteints d'autres affections qui cliniquement n'étaient pas d'origine tuberculeuse, la réaction fut trouvée assez fréquemment positive (16 p. 100), constatation très troublante ; toutefois, dans certains cas, en particulier dans un cas de rhumatisme de Poncet considéré comme un rhumatisme chronique banal et dans un cas de tuberculose rénale pris d'abord pour une néphrite simple, un résultat positif, apparemment insolite, fit reviser le diagnostic et classer le malade parmi les tuberculeux. Il n'en reste pas moins vrai qu'on s'exposerait à commettre une erreur en rattachant la plupart de ces réactions positives à une tuberculose en activité. Les réactions positives trouvées chez 2 soldats bien portants, indemnes de syphilis et de toute tuberculose cliniquement et radiologiquement, parmi 30 soumis à cette épreuve, font encore mettre en doute la valeur pratique de la méthode.

P.-L. Marie.

N° 18, 2 Mai.

R. Mayer List. ***Les petits vaisseaux de la lèvre dans les troubles d'origine endogène et exogène, en particulier dans l'ulcère gastrique.*** — L'observation des petits vaisseaux est rendue particulièrement facile au niveau de la lèvre par l'absence de couche cornée épithéliale et de sillons ainsi que par la sécrétion continue de mucus qui joue le rôle de l'huile dans la capillaroscopie de la peau. L'examen se fait au moyen du microscope cornéen de Czapski-Zeiss, avec un grossissement de 45 diamètres, la lèvre inférieure étant maintenue légèrement éversée par le patient et éclairée fortement par une lampe Nernst; le point le plus favorable est le milieu entre la partie rouge des lèvres et la gencive.

Normalement, les anses capillaires offrent une répartition égale et régulière : elles ont toutes sensiblement même aspect, la branche artérielle est un peu plus grêle que la veineuse, l'anse monte obliquement vers la surface. De place en place se voit une anse modérément dilatée. Dans la profondeur s'estompent les vaisseaux du plexus sous-papillaire.

Cette disposition régulière, considérée comme représentant la normale, fut constatée chez 28 pour 100 des sujets examinés, malades ou bien portants. Un tiers des patients présentait une image très anormale. Il s'agissait, sans exception, de malades atteints soit d'affections fonctionnelles, et surtout, dans ce cas, de manifestations plus ou moins intenses de la diathèse vaso-neurotique, soit d'affections organiques, les unes qu'on considère comme l'aboutissant des troubles de cette diathèse (syndrome de Ménière, glaucome des jeunes, ulcère gastrique), les autres purement organiques (artériosclérose, néphrites, infections aiguës avec paralysie vaso-motrice, etc.). Le reste des sujets examinés présentait des aspects de transition entre les images normales et anormales : la plupart offraient les stigmates de la diathèse vaso-neurotique de forme légère.

Dans la vaso-névrose que M. regarde avec O. Muller comme une anomalie constitutionnelle, on note déjà à l'œil nu, au niveau des lèvres, une accentuation du dessin des vaisseaux les plus gros, une augmentation du nombre des papilles, une succulence et une turgescence anormales de la muqueuse. Microscopiquement, le plexus sous-papillaire est plus marqué, la disposition des anses est irrégulière, leur configuration est spéciale (aspect serpentin, en tire-bouchon, formation d'anastomoses, dilatations allant jusqu'à la formation d'anévrismes ou de varices); parfois, il existe un léger œdème gênant la visibilité des parties profondes. Cette constitution anormale de la muqueuse, si on l'étend au reste de l'organisme, rend compte des réactions pathologiques des vaso-neurotiques aux excitations physiologiques.

L'ulcus gastrique se développe sur le terrain vaso-neurotique, vraisemblablement à la suite des troubles de la circulation capillaire de la muqueuse, la stase, en particulier, favorisant l'autodigestion. La capillaroscopie de la peau montre, dans l'ulcère gastrique, des anomalies de l'ordre vaso-neurotique; au niveau des lèvres, chez 20 ulcéreux, M. a retrouvé les aspects propres aux formes graves de la vaso-névrose, en particulier des nids de vaisseaux hyperémiés, une augmentation du nombre des papilles, de la turgescence de la muqueuse.

Dans la stase cardiaque et la paralysie vaso-motrice, on trouve de larges dilatations depuis les capillaires jusqu'au plexus sous-papillaire ; chez les artérioscléreux, un plexus sous-papillaire accentué, des capillaires serpentiformes, mais raccourcis et diminués de nombre, tandis qu'ils sont longs et grêles dans les néphrites avec hypertension.

P.-L. Marie.

N° 19, 9 Mai.

M. Pfister. ***La ponction du confluent sous-arachnoïdien postérieur (grande citerne).*** — En 1919, Wegeforth et Ayer ont décrit une méthode pour ponctionner le confluent postérieur, et Ayer a depuis utilisé cette ponction, parallèlement à la ponction lombaire, dans un but diagnostique et pour le lavage des méninges aux cours des méningites. Le sujet est couché latéralement, la tête modérément fléchie en avant. On repère l'apophyse épineuse de la 2e cervicale et juste au-dessus, sur la ligne médiane, l'aiguille est enfoncée, dirigée légèrement en haut, le méat auditif externe et la glabelle servant de ligne de direction. Il est de toute importance de rester sur la ligne médiane pendant la ponction. L'obstacle du ligament cervical franchi, on en rencontre un second qui apporte une résistance très grande, la membrane atloïdo-occipitale doublée de la dure-mère qui doit être perforée avec prudence. La profondeur à atteindre pour rencontrer le liquide ne dépasse que rarement 5 cm. ; si on ne l'a pas trouvé à 6 cm., mieux vaut ne pas insister, sans quoi l'on s'exposerait à blesser la moelle. Ayer a fait 100 ponctions de ce genre sans suites fâcheuses. Dans 15 ponctions pra-

(1) **Page n° 21** : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*


KYMOSINE
ANCIENNEMENT PEGNINE
ROGIER
HENRY ROGIER
19 Avenue de Villiers, PARIS

tiquées par lui, P. a observé une fois un incident dramatique. En poussant l'aiguille au delà de 6 cm., il y eut un arrêt respiratoire subit, le pouls devint imperceptible; la respiration artificielle, longtemps prolongée, rappela le malade à la vie, mais une dyspnée asthmatiforme persista pendant plusieurs heures.

La pression qui règne dans la grande citerne et dans le cul-de-sac dural inférieur est la même lorsque la communication est libre entre eux; les oscillations dues aux pulsations artérielles sont plus marquées au niveau de la grande citerne. La compression des deux veines jugulaires fait monter la pression brusquement de 200 mm. et plus dans la grande citerne, beaucoup moins et plus lentement dans la partie lombaire.

P. préconise la ponction du confluent postérieur pour le traitement de la syphilis du névraxe par le novarsénobenzol. Dans 5 cas où prédominaient les symptômes cérébraux, il a injecté au début 0 milligr. 75 chaque semaine, atteignant ensuite jusqu'à 3 milligr., le médicament étant dissous dans l'eau physiologique et mélangé à 40 cmc de liquide céphalo-rachidien. Il n'a pas observé de réactions fâcheuses. Dans un cas de névrite rétrobulbaire bilatérale, le succès fut particulièrement rapide alors que l'arsénobenzol administré par les autres voies n'avait pas donné de résultat. P.-L. MARIE.

H. Pflüger. ***Une malformation de la première molaire en bouton, caractéristique de l'hérédo-syphilis.*** — Fournier a déjà attiré l'attention sur l'atrophie cuspidienne de la première grosse molaire qu'il considère comme une grave présomption en faveur de l'hérédo-syphilis. La portion triturante de cette dent est atrophiée, paraît rongée et en partie détruite; elle est souvent séparée par un sillon circulaire très net du reste de la couronne, si bien que le segment supérieur atrophié semble enfoncé dans l'inférieur. Il ressort de cette description qu'il s'agit là d'une hypoplasie de l'émail; or ces hypoplasies qui dépendent de troubles constitutionnels doivent être distinguées des malformations syphilitiques proprement dites; elles n'ont pas de relation étiologique avec l'hérédo-syphilis.

P. décrit une malformation de la première molaire qui, elle, serait pathognomonique de la syphilis héréditaire, car elle atteint la dent dans sa configuration tout entière. La forme conoïde en bouton floral que présente la dent serait à cette dent ce qu'est la forme en tournevis à la dent d'Hutchinson. La base de la couronne a une largeur normale tandis que la couronne va en se réduisant jusqu'à la surface triturante; par suite les cuspides, incomplètement développées, sont serrées les unes contre les autres, le tout rappelant un bouton floral, tandis que c'est au voisinage des cuspides que la molaire normale présente son diamètre maximum.

Cette malformation est plus rare que la dent d'Hutchinson; 56 sujets qui présentaient cette dernière n'avaient que 8 fois la molaire en bouton. Il est vrai que la carie fait souvent disparaître la malformation caractéristique et que P., pour éviter toute confusion, a éliminé les molaires offrant des hypoplasies de l'émail qui peuvent faire croire facilement à l'existence de la malformation dentaire en question. Ce stigmate, seul présent dans un cas d'affection hypophysaire, a pu dépister l'origine hérédo-syphilitique de la maladie qui fut confirmée par la réaction de Wassermann positive. P.-L. MARIE.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN

(*Leipzig*)

Tome XLV, n° 15, 12 Avril 1924.

E. Becher. ***Production et évolution de la diurèse provoquée par l'urée; influence de la circulation et des facteurs extra-rénaux.*** — L'expérimentation établit que la diurèse que provoque l'injection intraveineuse de solutions hypertoniques d'urée n'est nullement fonction d'une modification préalable de la circulation sanguine; il en est de même d'ailleurs pour les autres diurétiques. L'accélération de la circulation n'est pas la cause, mais une conséquence non nécessaire de la diurèse uréique qu'elle est susceptible de seconder en fournissant aux cellules rénales une plus grande quantité de matériaux propres à l'élaboration de l'urine et en favorisant la filtration par suite de l'élévation de la pression capillaire.

Dans ces dernières années, plusieurs auteurs ont attribué aux diurétiques une action extra-rénale importante, se traduisant par une mobilisation primaire de l'eau des tissus. Les expériences de B. sur la diurèse uréique confirment que les facteurs extra-rénaux jouent là aussi un grand rôle. Les tissus livrent au sang de grandes quantités d'eau, d'urée et de NaCl, comme l'on peut s'en rendre compte en évaluant les variations de la masse sanguine au moyen de dosages d'hémoglobine et en calculant les quantités d'urée et de NaCl par rapport à la masse sanguine. Le NaCl d'une solution hypertonique injectée sous la peau en même temps qu'on injecte la solution hypertonique d'urée dans la veine passe plus rapidement et plus abondamment des tissus dans l'urine sous l'influence du diurétique que lorsqu'on n'injecte pas d'urée. Ce résultat semble plaider en faveur d'une action extra-rénale du diurétique. Mais il est difficile d'établir que cette action est primitive. L'action rénale des diurétiques, qui est indéniable et bien démontrée par le parallélisme entre l'élimination du diurétique et la diurèse, et l'action extra-rénale sont en étroite corrélation. L'action des tissus ne se manifeste pas sans l'action du rein. La preuve, c'est que chez les animaux néphrectomisés, l'injection intraveineuse d'urée ne détermine plus aucun passage d'eau dans le sang, en dehors de l'hydrémie osmotique initiale; avec l'injection sous-cutanée, il ne se manifeste pas d'hydrémie osmotique et on ne constate aucun enrichissement du sang en eau; la perspiration insensible d'autre part n'est pas augmentée. L'action rénale représente donc le processus capital et primaire, tandis que l'action des tissus doit être considérée comme une conséquence de l'action rénale, qui exerce peut-être son influence par l'intermédiaire d'une sécrétion interne du rein. Il est d'ailleurs possible que l'action des tissus soit en rapport avec l'augmentation du métabolisme que produit l'urée, augmentation aboutissant à une destruction des albumines tissulaires et à une libération concomitante d'eau et de sels ou à des produits de désassimilation doués d'un pouvoir osmotique plus fort que les albumines originelles, d'où mobilisation de l'eau tissulaire.

P.-L. MARIE.

N° 16, 19 Avril.

H. Günther. ***L'importance de la prédisposition sexuelle dans la diphtérie.*** — La sexualité joue un grand rôle dans la prédisposition en général, ainsi qu'il ressort de l'existence de relations numériques entre une prédisposition donnée et le « quotient sexuel » qui est le rapport entre les sujets féminins atteints et les sujets masculins. G. envisage ces diverses relations numériques: quotient sexuel de la morbidité $\left(q = \frac{f}{m}\right)$, quotient sexuel de la mortalité $\left(\mathrm{q} = \frac{\mathrm{f}}{\mathrm{m}}\right)$, d'autre part la prédisposition sexuelle à une maladie donnée dans une collectivité, la prédisposition masculine D, s'exprimant par la formule $D = \frac{m}{\alpha}$; α étant le nombre des hommes présents dans la collectivité, et la prédisposition féminine par $D' = \frac{f}{\beta}$, s'établit par le rapport $q' = \frac{D'}{D} = \frac{\alpha \times f}{\beta \times m} = q : \gamma$ (γ égalant $\frac{\beta}{\alpha}$ et étant déterminé par la statistique de la population). De même s'établit le quotient de la disposition sexuelle léthale.

G. a choisi l'exemple de la diphtérie pour montrer la supériorité de cette méthode mathématique sur les évaluations habituelles tirées des statistiques de morbidité et de mortalité, toujours assez vagues, bien que les tables récentes fassent ressortir la prédisposition féminine à la diphtérie. En traitant par sa méthode de calcul les statistiques de grandes villes allemandes, G. arrive aux résultats suivants. Dans la période de 30 ans antérieure à 1918, la prédisposition sexuelle morbide féminine s'affirme dans les 6 premiers mois de la vie, conséquence, selon G., de l'influence de l'hormone sexuelle maternelle, mais dans les 3 ou 4 premières années la prédominance sexuelle masculine se manifeste; elle montre ensuite une tendance constamment décroissante. A partir de 15 ans, la prédisposition féminine subit une ascension progressive constante avec l'âge et elle ne présente un fléchissement momentané qu'aux alentours de la ménopause. Les facteurs de cette prédisposition morbide féminine seraient une tendance plus grande du sexe féminin à héberger des bacilles diphtériques et surtout la prédisposition des femmes aux angines.

Les quotients sexuels de mortalité diphtérique indiquent une prédominance générale du sexe masculin. Comme pour la mortalité générale, il existe une ascension des valeurs de q au moment de la puberté, la mortalité prédominant alors chez les filles. La léthalité plus forte chez les garçons tient à la prédisposition du sexe masculin aux affections laryngées, en l'espèce au croup. P.-L. MARIE.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE

(*Leipzig*)

Tome CLXXXIII, n°s 5-6, Janvier 1924.

F. W. Kaess. ***La protéinothérapie dans les inflammations aiguës d'ordre chirurgical.*** — A cette importante question, toujours à l'ordre du jour, K. apporte une contribution personnelle intéressante comprenant 7 cas d'érysipèle, 5 arthrites aiguës, 3 pleurésies purulentes, 1 ostéomyélite de la hanche et 1 péritonite, soit en tout 17 observations rapportées en détail. — Il a employé pour traiter la plupart de ses malades une solution de caséine à 5 pour 100, mélangée à une solution d'albumine du lait. Dans les cas très graves, il a eu recours également aux petites transfusions de sang citraté. Dans les considérations générales qui accompagnent ses observations, K. insiste beaucoup sur l'importance du dosage des quantités optima à injecter et sur la difficulté d'apprécier ces quantités, notion capitale sur laquelle dès le début Wright avait attiré l'attention.

Dans l'ensemble, les résultats les meilleurs ont été obtenus par K. dans l'érysipèle. Les injections sous-cutanées de la solution employée par lui ont donné dans tous les cas une sédation rapide et durable.

Dans les arthrites gonococciques, le résultat a été également très remarquable et K. estime que la simple protéinothérapie peut ici rivaliser avec les injections de sérums spécifiques. Dans certains cas, la transfusion a été employée à titre complémentaire. Les reliquats inflammatoires articulaires ont été si légers que, dans la majorité des cas, on n'a pas eu à intervenir chirurgicalement.

Enfin, dans les arthrites suppurées, les empyèmes, la péritonite et d'une façon générale tous les foyers purulents, l'ouverture large reste indispensable, mais la protéinothérapie y apporte toujours un adjuvant très utile, favorisant la liquéfaction des abcès et réduisant la durée de la suppuration, toutes notions bien connues et que le travail de K. ne fait que confirmer.

En général, la première injection produit une sensibilisation du sujet et c'est en la renouvelant au bout de 8 à 10 jours que l'on obtient l'effet maximum. Un laps de temps égal doit être observé avant de pratiquer la 3e injection. Une dose trop élevée ou trop souvent répétée peut entraîner une véritable cachexie avec défaillance cardiaque.

M. DENIKER.

Tome CLXXXV, n°s 1-2, Avril.

A. Lieschied et H. Sellheim. ***Ostéochondrite et troubles endocriniens.*** — L. et S. relatent l'observation d'une jeune fille de 21 ans qui présentait au niveau des 2 hanches une déformation de l'épiphyse fémorale correspondant cliniquement et radiologiquement à un cas typique d'ostéochondrite déformante de Calvé-Legg. Il existait, en outre, une série de déformations marquées au niveau de plusieurs cartilages de conjugaison, notamment au niveau de la région sterno-claviculaire, des épiphyses inférieures de l'avant-bras, des petits os du poignet et des têtes métacarpiennes. Enfin, cette malade présentait une aplasie de l'ensemble du squelette avec thorax et bassin à type infantile; les organes génitaux externes étaient peu développés, les glandes mammaires atrophiées, le système pileux axillaire et sus-pubien à peu près inexistant. Pas trace de fonction menstruelle. Intelligence peu développée. Le pannicule adipeux est très peu abondant. Le corps thyroïde ne paraît pas augmenté de volume et il ne semble pas exister de débris thymiques importants. La radiographie de la selle turcique fait conclure, par contre, à une hypertrophie de l'hypophyse. Enfin l'examen des organes génitaux internes par le toucher vaginal et rectal permet de se rendre compte de la présence

BIBLIOGRAPHIE

d'un petit utérus de 2 cm sur 1 environ, avec col rudimentaire. Ni à droite ni à gauche on ne peut sentir les ovaires que l'on suppose très atrophiés. En somme, il existe une série d'altérations des noyaux osseux coïncidant avec des troubles endocriniens et surtout ovariens. En rapportant avec force détails cette observation, L. et S. pensent qu'il faut établir une relation de cause à effet entre les altérations squelettiques et les troubles de la fonction endocrinienne. En particulier, ils pensent que l'aplasie ovarienne doit jouer ici un rôle important et c'est peut-être dans cette voie qu'il faut aiguiller les recherches concernant la pathogénie encore si confuse de l'ostéochondrite déformante.

Partant de cette idée, ils ont tenté chez leur malade une greffe ovarienne à l'aide d'un ovaire normal prélevé sur une hystérectomisée et partagé en 2 moitiés qui furent incluses à droite et à gauche dans une brèche du ligament large. La fixation fut pratiquée de façon à laisser la face sécrétante intra-péritonéale comme à l'état normal.

Cette tentative intéressante est malheureusement très récente. Aussi ignorons-nous le plus important : la destinée de cette greffe et l'action qu'elle pourra avoir sur les altérations du squelette.

M. Deniker.

THE LANCET

(Londres)

Tome CCVI, n° 5256, 24 Mai 1924.

J. Poynton. ***Acétonémie et volvulus de l'intestin grêle chez l'enfant.*** — L'acétonémie survient chez les enfants dans des conditions pathologiques très variées. Les formes les plus graves s'observent chez des diabétiques; les formes légères, au cours des affections aiguës ou des vomissements cycliques. Elle apparaît aussi chez des enfants qui sont des névropathes héréditaires, ou dont le fonctionnement hépatique est défectueux; au cours d'un traitement salicylé intensif, ou à la suite de l'anesthésie chloroformique. Souvent la cause reste obscure, et même l'autopsie ne révèle aucune altération viscérale, à part quelques lésions hépatiques.

Enfin P. a observé parfois l'acétonémie chez des enfants atteints de volvulus de l'intestin grêle; chez eux elle prenait une telle intensité qu'elle dominait tout le tableau pathologique. Lorsque le siège de l'occlusion est élevé et que les vomissements sont précoces et répétés, elle survient rapidement avec ses symptômes habituels ; la somnolence, l'affaiblissement, l'état général grave sont attribués à tort à des vomissements cycliques, alors qu'il s'agit d'occlusion. Tous les accidents sont dus moins à la déshydratation qu'à l'intoxication résultant de l'occlusion haut située.

P. rapporte plusieurs observations d'enfants qui parfois avaient présenté dès le bas âge des crises de vomissements avec douleurs abdominales, pour lesquelles on portait le diagnostic d'appendicite aiguë ou de vomissements cycliques, et chez qui survint un jour une crise plus violente avec les grands symptômes de l'acétonémie. A l'autopsie, on trouve tantôt qu'une grande partie de l'intestin grêle s'est enroulée sur elle-même et gangrenée, le mésentère étant d'une longueur anormale; tantôt que des anses grêles sont étranglées dans un orifice du grand épiploon, et en outre tordues sur elles-mêmes. Ces conditions pathologiques s'expliquent par une anomalie du développement.

Ces observations montrent qu'il ne faut pas se contenter du diagnostic d'acétonémie, mais en rechercher l'étiologie. Lorsqu'il y a des antécédents de douleurs abdominales et de constipation, survenant par crises répétées avec des intervalles de santé parfaite, même si l'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal, il faut envisager la possibilité d'un volvulus intestinal; malheureusement le diagnostic en est très difficile.

J. Rouillard.

S. C. Dyke. ***Quelques cas d'anémie aplastique ou aleucie, associés à la thrombopénie.*** — D. décrit sous ce nom, avec Frank, un état pathologique caractérisé, hématologiquement, par une anémie prononcée, avec diminution du nombre des polynucléaires et des plaquettes. Cette diminution des plaquettes explique les hémorragies et le purpura. Ce processus morbide dépend d'une altération du système hématopoïétique. Frank admet que les phénomènes infectieux qui fréquemment apparaissent au cours de cet état d'aleucie doivent être considérés comme secondaires à la lésion des organes hématopoïétiques.

D. rapporte 3 observations de malades atteints d'anémie, avec hémorragies cutanées et viscérales, douleurs osseuses, et poussées fébriles, chez qui l'on notait une leucopénie avec diminution du nombre des polynucléaires et des plaquettes. Dans un cas, l'examen nécropsique révèle des foyers hémorragiques dans la moelle du fémur, et dans ces foyers, des streptocoques, aussi bien d'ailleurs que dans le foie et la rate. Dans d'autres cas, la moelle osseuse contient des colibacilles ou des bacilles de Koch.

Pour D., la présence de ces germes explique les hémorragies médullaires, et les hémorragies médullaires expliquent les douleurs osseuses; les modifications sanguines et les accidents généraux graves sont la conséquence de l'infection médullaire. Si cette infection se produit, c'est que la moelle se défend mal contre les germes pathogènes. De fait, dans un cas au moins, il semble bien que les organes hématopoïétiques étaient déjà malades avant l'apparition des phénomènes infectieux : il s'agissait d'un malade atteint de leucémie myéloïde, traité par radiumthérapie de la rate, et chez qui la fièvre et les signes d'infection générale n'apparurent que tardivement.

J. Rouillard.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(Kharkov)

Tome VII, n° 10, 1er Juin 1924.

V. M. Berman (de Petrograd). ***Contribution à l'étude du sort de l'antitoxine diphtérique dans l'organisme allergique.*** — Les expériences instituées par B. ont consisté à injecter dans les veines d'un cobaye un mélange d'antitoxine diphtérique et de sérum sanguin humain provenant tantôt de sujets ayant reçu du sérum antidiphtérique pour la première fois, tantôt de sujets réinjectés. Le lendemain, on pratiquait sur le même animal une injection intracutanée de toxine diphtérique.

Ces expériences ont montré que l'antitoxine diphtérique est détruite plus rapidement dans l'organisme à l'état allergique que dans l'organisme normal.

Cette destruction rapide de l'antitoxine se traduit par une atténuation de ses propriétés prophylactiques et présente, en dehors de son intérêt théorique, une certaine importance pratique toutes les fois que l'on a affaire à des malades réinjectés.

La destruction de l'antitoxine, déterminée par l'état anaphylactique de l'organisme, peut être évitée partiellement par la production d'une antianaphylaxie artificielle. La vaccination par petites doses d'après le procédé de Besredka ou l'injection lente des premières portions de sérum conseillée par Friedberger acquièrent ainsi une nouvelle signification, non seulement en vue d'écarter le risque du choc anaphylactique, mais encore pour préserver l'antitoxine d'une destruction rapide.

L. Cheinisse.

I. M. Jdanov et A. M. Grichine (de Moscou). ***L'influence de la caféine et de la pyridinebétaïne sur l'état osmotique des albuminoïdes des tissus et du sang; la pyridinebétaïne comme diurétique.*** — Les recherches expérimentales instituées par J. et G. sur des grenouilles, d'après la technique de Ellinger tendent à prouver que l'action diurétique de la caféine est liée à un abaissement de la pression osmotique du sérum ou des albuminoïdes du sang.

D'autre part, l'étude expérimentale de l'action de la pyridinebétaïne sur des grenouilles et sur des chiens a amené J. et G. à conclure que cette action ne relève ni d'une élévation de la pression artérielle, ni d'une dilatation des vaisseaux périphériques ou des vaisseaux rénaux. Les expériences sur la grenouille ont montré un effet analogue à celui de la caféine dans le sens de diminution de la tension osmotique des colloïdes du sérum.

Les essais cliniques, jusqu'à présent peu nombreux il est vrai, entrepris dans le service du professeur S. I. Klioutcharev, ont fait voir que la pyridinebétaïne, administrée *per os* à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr., répétée 3 fois par jour, exerce une action diurétique nette tant dans les affections rénales que dans les cardiopathies avec œdèmes.

L. Cheinisse.

A. I. Koudriavtzeva (de Kharkov). ***L'influence de l'insuline sur le métabolisme des hydrates de carbone et de la créatine dans l'avitaminose.*** — Poursuivant, au Laboratoire de chimie physiologique du professeur A. V. Palladine, ses recherches relatives à l'influence de l'insuline sur les échanges (voir *La Presse Médicale*, 9 Février 1924, analyses, p. 28), K. a pu constater que l'injection d'insuline supprime l'hyperglycémie chez les lapins nourris avec du riz poli. Sous l'influence de l'insuline, la teneur du sang en amylase chez les lapins soumis à un régime carencé en vitamines redevient normale. La teneur des muscles en créatine et le coefficient créatinique restent élevés. La créatinurie dont s'accompagne l'avitaminose du lapin ne disparaît pas sous l'influence de l'insuline. L'élimination de l'azote total diminue considérablement.

Ainsi donc, l'insuline ne guérit pas l'avitaminose. Si, en supprimant l'hyperglycémie et en ramenant à la normale le taux de l'amylase dans le sang, elle paraît exercer une influence favorable sur les échanges hydrocarbonés, elle reste, par contre, à peu près sans effet sur le métabolisme de la créatine.

L. Cheinisse.

G. I. Pérékropov (de Kazan). ***Le traitement du paludisme par de petites doses fractionnées de quinine d'après le procédé de Nocht.*** — P. a traité 131 cas de paludisme (8 cas de fièvre quarte, 11 cas de paludisme tropical, 89 fièvres tierces et 23 cas de paludisme chronique) par des doses fractionnées de quinine administrées suivant la méthode de Nocht (0 gr. 20, répétés 5 fois par jour).

Les résultats obtenus ont été de beaucoup inférieurs à ceux que donnent les doses massives de quinine, alors même que celles-ci ne dépassent pas 1 gr. par jour, à condition que, dans leur emploi, on se conforme rigoureusement au cycle de développement du parasite dans le sang du malade. Aussi P. serait-il d'avis de ne réserver ce procédé de traitement qu'aux femmes enceintes et sujettes à l'avortement, et qu'aux malades débiles, avec tendance à des hémoptysies et à des hémorragies intestinales. Même dans ces cas, la méthode de Nocht sera appliquée simplement à titre de traitement préparatoire, auquel on substituera ultérieurement des doses plus élevées de quinine.

P. insiste particulièrement sur la production abondante de formes dégénérées de l'hématozoaire au cours du traitement d'après le procédé de Nocht, formes qui acquièrent une résistance à la quinine beaucoup plus grande que dans les cas traités par des doses massives. Le développement et la résistance de ces formes dégénérées expliquent la très grande fréquence des récidives que l'on observe chez les sujets traités par le procédé de Nocht. [La première partie du présent travail a paru dans les nos 8-9].

L. Cheinisse.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

Tome XXXIII, n° 4, 15 Avril 1924.

H. L. Blumgart. ***Mécanisme de l'absorption des substances introduites dans le naso-pharynx.*** — Diverses observations de B. indiquaient que le naso-pharynx est capable d'une absorption très active. C'est ainsi que les instillations nasales d'extrait d'hypophyse font cesser les troubles du diabète insipide, et qu'à la suite d'insufflations nasales de quantités déterminées de céruse, l'analyse permit de retrouver dans les viscères une quantité importante de plomb. Il était intéressant de préciser vis-à-vis de quelles substances ce pouvoir d'absorption peut s'exercer.

Employant toutes les précautions nécessaires pour prévenir l'absorption par une autre voie, B. a insufflé dans les cavités nasales de chiens et de chats diverses substances : solutions de cristalloïdes inoffensifs pour les muqueuses, dénués d'action toxique et tinctoriale, faciles à identifier chimiquement, tels que la solution de ferrocyanure de potassium et de citrate de fer ammoniacal, suspensions colloïdales d'argent, cultures tuées et colorées de staphylocoques, poudres fines inertes telles que le noir d'ivoire. Les animaux étaient sacrifiés après avoir subi 1 à 8 insufflations répétées à 15 minutes d'intervalle.

Les coupes de la région olfactive seule montrèrent la pénétration des granules. Avec le ferrocyanure de potassium on pouvait constater leur présence dans

le cytoplasme des cellules olfactives et à leur périphérie, mais non dans les cellules de soutien ni dans les cellules basales ; on les retrouvait dans le tissu cellulaire lâche sous-muqueux et dans les lumières des lymphatiques, mais non dans les nerfs ni dans les gaines péri-neurales. Des constatations analogues furent faites avec l'argent colloïdal, le noir d'ivoire. Toutefois les staphylocoques ne purent être retrouvés dans la muqueuse, probablement en raison de leurs dimensions relativement volumineuses.

Ces expériences indiquent donc que les cristalloïdes, les colloïdes et, à un moindre degré, certains corps inertes traversent la muqueuse nasale en suivant la voie des cellules nerveuses olfactives et de là gagnent le réseau lymphatique. Il est probable que le méningocoque et le virus de la poliomyélite pénètrent aussi par cette voie, mais le trajet par lequel ils arrivent ensuite aux centres nerveux n'est pas encore élucidé. Les espaces sous-arachnoïdiens communiquent bien avec les gaines péri-neurales du nerf olfactif, et de là avec les lymphatiques sous-muqueux, mais les granules ne se rencontrent pas dans ces gaines, le courant se dirigeant des espaces sous-arachnoïdiens vers les lymphatiques. Il est possible toutefois que le sens du courant s'inverse, comme on l'a vu expérimentalement à la suite d'une ponction lombaire.

D'autre part, cette faculté d'absorption que possèdent les cellules olfactives est peut-être en rapport avec leur fonction physiologique.

P.-L. Marie.

P. F. Morse. ***Polyglobulie symptomatique avec cyanose et dyspnée.*** — M. attire l'attention vers un groupe de cas où l'on rencontre les signes cliniques de la sclérose primitive de l'artère pulmonaire (maladie d'Ayerza) sans qu'il s'agisse de cette affection. Déjà Parkes Weber a fait rentrer dans le cadre de la maladie d'Ayerza tous les cas indistinctement de polyglobulie secondaire d'origine pulmonaire, que le processus pathologique siège au niveau de l'artère pulmonaire ou dans le poumon lui-même. M. a pu isoler un groupe de cas présentant une cyanose extrême, semblable à celle des cardiaques noirs d'Ayerza, surtout accusée dans les régions supérieures du corps, accompagnée d'injection des conjonctives, de crises de dyspnée de caractère asthmatique avec expectoration muco-purulente et sanglante, et marchant de pair avec une polyglobulie croissante, sans qu'on rencontre les facteurs mécaniques habituels de la cyanose et de la dyspnée : affections valvulaires du cœur, épanchement des séreuses, tumeurs du médiastin. La cause de cet état doit être cherchée dans les altérations de la muqueuse alvéolaire, siège des échanges gazeux, altérations qui résultent d'une sclérose pulmonaire intense et diffuse.

Dans les 2 premiers cas relatés par M., la fibrose était la conséquence d'une anthracose très accusée et étendue. Chez ces 2 malades, la polyglobulie atteignait 6.500.000 à 7 millions. Toute modification radiologique appréciable du cœur faisait défaut chez le premier tandis que chez le second il existait, comme dans la maladie d'Ayerza, un élargissement de la base du cœur ; l'autopsie montra, dans ce cas, l'absence de tuberculose et de modifications de l'artère pulmonaire ; il existait de nombreuses cavités dans les lobes supérieurs formées par la rupture des cloisons alvéolaires atrophiées. Chez 2 autres malades, le syndrome clinique relevait d'une sclérose pulmonaire d'étiologie inconnue, vraisemblablement syphilitique chez l'un d'eux ; chez l'autre il existait une inflammation diffuse et active du poumon avec infiltration étendue par des cellules rondes, sans lésions de l'artère pulmonaire.

Inversement, dans un cas d'anévrisme aortique accompagné de lésions syphilitiques étendues de l'artère pulmonaire et de sclérose modérée du poumon, le syndrome d'Ayerza fit défaut, probablement à cause du trop faible degré des lésions pulmonaires.

P.-L. Marie.

E. J. Stieglitz. ***Etude histologique de la concentration en ions H au niveau du rein.*** — S. a employé l'injection de divers indicateurs colorés pour déterminer quelle portion des tubes urinifères intervient pour donner à l'urine sa réaction acide ou alcaline. Il a injecté dans les veines du lapin à urine normalement alcaline et du chien à urine acide du rouge neutre, de l'alizarinate de soude, de l'azolitmine. Il a constaté que lorsque le rein sécrète une urine acide, les cellules des tubes contournés et celles des anses de Henle (partie étroite) offrent une réaction alcaline alors que le reste du rein a une réaction acide ; lorsque le rein sécrète une urine alcaline, les mêmes éléments ont une réaction acide. Si l'alcalinité de l'urine est exagérée par ingestion de bicarbonate de soude, la réaction acide des cellules est augmentée, et chez le chien dont les urines d'acides deviennent alors alcalines, on observe que la réaction des tubes contournés d'alcaline est devenue acide. Si l'urine sécrétée est neutre, la réaction est également neutre. Ce sont donc les tubes contournés et les anses de Henle qui contrôlent la réaction de l'urine. Il est à remarquer que chez cet animal à rein plurilobé, certains lobes peuvent sécréter en même temps une urine de réaction opposée ; on savait déjà que le rein dans son ensemble n'a pas une sécrétion uniforme au sens quantitatif ; on voit donc que même du point de vue qualitatif, tout le tissu rénal ne se comporte pas de la même façon.

Chez les animaux rendus néphritiques, les cellules lésées présentent une réaction acide, quelle que soit la réaction de l'urine. Il en est de même après une asphyxie même très passagère du rein provoquée par l'occlusion momentanée de l'artère rénale. Rappelons que Fischer a montré que c'est dans les néphrites aiguës qu'on observe dans l'urine la concentration la plus élevée en ions H et que le pH de l'urine a dans ce cas un certain intérêt pronostique ; il fait dépendre aussi l'œdème et l'albuminurie de l'augmentation de la concentration intracellulaire en ions H. L'alcalinisation de l'organisme semble donc recommandable, mais les recherches de S. montrent qu'il est préférable de réaliser la neutralité de l'urine et d'éviter toute alcalinisation excessive qui conduirait au résultat contraire à celui qu'on cherche puisqu'on renforce ainsi la réaction acide du parenchyme sécréteur.

Ces constatations, et en particulier le fait que chez le lapin l'augmentation de l'alcalinité de l'urine par le bicarbonate de soude exagère la réaction acide des tubuli, plaident en faveur du rôle vraiment sécréteur des tubes contournés, rôle qui a été nié et qu'on a voulu réduire à une simple réabsorption. Ce sont les cellules des tubuli qui déterminent la réaction de l'urine en y sécrétant un excès d'acide ou d'alcali, et non pas en réabsorbant les bases de l'urine.

P.-L. Marie.

E. A. Baumgartner, C. W. Webb et H. Schoonmaker. ***Fibrillation auriculaire dans le goitre.*** — B. W. et S. relatent l'observation de 3 malades, âgés de 46 à 51 ans, dont 2 atteints de goitre toxique avec adénome, la 3e de maladie de Basedow, qui présentaient une fibrillation auriculaire, survenant par crises depuis un an dans un cas, persistante et remontant respectivement à 2 et à 6 mois dans les 2 autres. Les troubles cardiaques s'améliorèrent chez tous à la suite d'un traitement digitalique, massif chez l'une, fractionné chez les autres. Les 2 premiers patients, après opération, guérirent complètement de leur hyperthyroïdie et de leurs manifestations cardiaques, la malade atteinte de maladie de Basedow succomba à l'intervention chirurgicale.

Entrevue en 1878 par G. Sée dans le goitre exophtalmique, la fibrillation auriculaire n'est point exceptionnelle chez les goitreux. Les auteurs en rassemblent 20 cas, concernant presque toujours des femmes, s'échelonnant de 28 à 68 ans, mais surtout fréquents entre 40 et 60. Sur ces 20 cas, 11 se rencontrèrent au cours d'un goitre exophtalmique, 6 dans des adénomes toxiques, les autres dans des états désignés sous le nom d'hyperthyroïdie. La date à laquelle remonte le goitre est souvent mal précisée dans les observations ; chez 2 des malades de B., W. et S., le goitre existait depuis 10 ans, donnant lieu de temps en temps à des symptômes d'intoxication, lorsque la fibrillation se montra. Elle affecte d'ordinaire le type paroxystique, plus rarement elle est permanente. Le pronostic n'est pas très défavorable puisque, chez 11 malades sur 18, les troubles thyroïdiens et cardiaques guérirent ou s'améliorèrent notablement ; la forme paroxystique est moins grave que la permanente. Le traitement digitalique a souvent fait ses preuves en pareil cas. La fibrillation ne contre-indique point l'opération ; les chirurgiens surestiment trop souvent la gravité des troubles cardiaques lorsqu'il est question d'une thyroïdectomie et perdent un temps précieux pendant lequel peut s'installer une insuffisance myocardique dangereuse.

P.-L. Marie.

J. D. Pilcher et T. Sollmann. ***La cuti-réaction à la morphine.*** — Les solutions de morphine, injectées dans le derme, déterminent une réaction locale, sous forme d'une papule ortiée entourée d'une aréole érythémateuse, réaction tout à fait comparable à celle que présentent les sujets sensibles aux protéines étrangères. Il était intéressant de préciser les conditions où se produit cette réaction, et en particulier de rechercher si elle fait défaut chez les morphinomanes.

La réaction se produit toujours dès que la teneur en morphine de la solution atteint 1/100.000. La concentration minimum est de 1/1.000.000 ; à cette dose près de la moitié des sujets réagissent. L'intensité et la persistance de la réaction augmentent avec la concentration. La réaction atteint son maximum de 5 à 15 minutes après l'injection et disparaît en 1 à 2 heures. Ni l'âge, ni le sexe, ni la race ne l'influencent. Elle semble plus marquée lorsque la peau est fine. Chez les morphinomanes, elle se présente avec les mêmes caractères que chez les individus normaux ; l'accoutumance générale au poison ne s'accompagne donc pas de tolérance de la peau. Enfin la présence d'œdème diminue beaucoup l'intensité de la réaction et même l'empêche de se produire lorsqu'il est accusé.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS and GYNECOLOGY (Saint-Louis)

Tome VII, n° 5, Mai 1924.

Ursus V. Portmann. ***Le traitement du cancer utérin par les radiations.*** — Le traitement du cancer n'est pas l'apanage d'une seule méthode : chirurgie, radium, radiothérapie pénétrante doivent être employés en combinaisons, individuellement appropriées à chaque cas. L'emploi combiné du radium et de la radiothérapie permet les plus grands espoirs. Etant donné que la dose-carcinome est 130 pour 100 de la dose-érythème et qu'il n'est guère possible d'administrer à une tumeur profonde par radiothérapie que 80 à 100 pour 100 de la dose-érythème, on est amené à compléter l'effet de la radiothérapie par celui du radium dont l'activité donne une dose homogène de 30 à quatre centimètres de sa source. Une telle addition peut s'obtenir aisément par des calculs menés méthodiquement.

Le traitement du cancer cervical deviendra entièrement affaire de radiations. Le radium fait aussi bien que la chirurgie dans les cas débutant et plutôt mieux dans les cas où il y a extension vaginale. Dans les cas où le ligament large est envahi et dans ceux où le mal est plus diffus, le radium ne fait pas plus mal que la chirurgie, mais le radium aidé par les rayons pénétrants fait beaucoup mieux que ne pourrait le faire la chirurgie.

Le traitement du cancer du corps est surtout chirurgical. Pourtant le corps est aussi accessible aux radiations que le col. Il y a donc lieu d'accumuler la statistique de résultats éloignés pour comparer la valeur du bistouri et celle des rayons.

L'auteur se défend d'apporter des conclusions, car son expérience est trop récente. Son opinion est cependant faite. Il signale les bons résultats immédiats qu'il a observés. Les cas les moins bons sont ceux où les rayons sont employés après un traitement opératoire.

Les séquelles de la radiothérapie (nausées, diarrhée, érythème) sont négligeables.

L'infection des annexes est une contre-indication formelle.

La transfusion préalable est souvent très précieuse.

Henri Vignes.

Thomas E. Jones. ***Rôle du radium dans le traitement du cancer utérin.*** — *Cancer du col* : 1° neuf cas inopérables, traités par le radium depuis plus de 3 ans, ont donné 4 guérisons actuelles ; 2° les cas opérables et traités par le bistouri et le radium ont donné des résultats détestables ; 3° les cas traités par le radium et les rayons sont les meilleurs, mais ils sont encore trop récents.

Méthode de traitement : 75 milligr. dans le col, filtrés avec 1 mm. de cuivre, 50 milligr. au contact du col, 75 milligr. répartis en 9 aiguilles en plein tissu cervical. Durée : 12 à 16 heures. Seconde séance après 3 ou 4 semaines : 125 milligr. filtrés avec 1 mm. de cuivre au contact du col. En tout : 4.000 à 4.800 $\frac{\text{milligrammes}}{\text{heure}}$.

La seule complication consiste en nausées que rien ne peut soulager. Ces nausées ne sont pas dues à l'acidose.

(1) Page n° 24 : Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.



Les Comprimés de
THÉOBROMOSE DUMESNIL
doivent remplacer dans tous les cas
(Dose : Deux à huit par jour).
la Théobromine pure ou mélangée
ÉCHANTILLONS et LITTÉRATURE : Laborat. DUMESNIL
E. DUMESNIL, Docteur en Pharmacie
10, Rue du Plâtre, PARIS (IVe).
Les Dermatoses sont guéries souvent
améliorées constamment
calmées toujours
par le
DERMO-PLASTOL
(Cas spéciaux : Zébo-Plastol, Crémo-Plastol)

L'auteur n'a pas eu de fistules dans les cas traités par le radium seul. Il a eu un cas de rectite.

Cancer du corps : L'auteur, qui était convaincu de la précellence de la chirurgie, vient de voir 3 récidives précoces. Il suggère d'essayer les rayons dans les cas où il y a une contre-indication opératoire.

HENRI VIGNES.

John G. Clark et Frank B. Block. ***Valeurs relatives de l'irradiation et de l'hystérectomie large dans les cancers du col.*** — Les auteurs sont venus de la chirurgie à la thérapeutique par les rayons, qu'ils employaient au début seulement pour les cas inopérables.

Pour apprécier les résultats, il faut s'entendre sur le terme inopérable : sur 380 cas, Peterson n'en trouve que 15,7 pour 100 alors que sur 189 cas, Graves en trouve 65 pour 100.

Ils rapportent 10 statistiques anglaises, américaines et allemandes, portant sur 1.539 hystérectomies larges, qui donnent 39,5 pour 100 de guérison de 5 ans. La mortalité opératoire varie de 5 à 26,6 pour 100. Ces statistiques représentent la curabilité du cancer rectal entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés du monde.

Le radium donne 43,1 pour 100 de guérison de 5 ans dans les cas opérables, à quoi il faut ajouter 9 pour 100 obtenus dans les cas inopérables.

C. et B. donnent ensuite leur statistique de 144 cas de plus de 5 ans. 22 cas opérables : 27,2 pour 100 de guérisons. 118 cas inopérables : 6,7 pour 100 de guérisons. 4 récidives inopérables : 25 pour 100 de guérisons.

HENRI VIGNES.

Samuel H. Geist. ***Pathologie générale des tumeurs solides de l'ovaire.*** — L'auteur adopte la classification de Pfannenstiel : tumeurs parenchymateuses et tumeurs stromatogènes.

Tumeurs parenchymateuses, souvent bilatérales : 1° Le *carcinome* se développe de 6 à 69 ans, avec son maximum de 45 à 55. Petite masse ovoïde, envahissant tout l'ovaire. Adhérences précoces. Le carcinome se présente sous 3 formes : médullaire, adénomateuse et squirrheuse.

2° Le *folliculome* n'envahit, en général, qu'une partie de l'ovaire. Il est formé d'alvéoles limités par de larges cellules polygonales. Métastases fréquentes.

3° Le *cancer secondaire* est fréquemment une métastase d'un cancer digestif.

4° Le *tératome* se voit chez l'enfant et chez l'adulte et jamais chez la femme ayant dépassé la ménopause. Il est unilatéral et pédiculé. Son développement est rapide et son pronostic très grave.

Tumeurs stromatogènes : 1° Les *fibromes* sont rares. Ce sont des tumeurs dures, arrondies, lobulées, ayant souvent des zones de nécrose ou de calcification. Evolution lente. Troubles menstruels inconstants.

2° Les *tumeurs stromatogènes malignes* sont des sarcomes. Généralement, elles sont bilatérales et s'accroissent rapidement. Rarement on observe l'angiosarcome, l'endothéliome, le lymphangiosarcome ou des sarcomes secondaires.

Les *symptômes* sont les mêmes pour les tumeurs primitives et pour les tumeurs secondaires : troubles menstruels, troubles de compression, ascite. La complication la plus commune est la torsion.

HENRI VIGNES.

Eliot Bishop. ***Clinique et traitement des tumeurs solides de l'ovaire.*** — Les symptômes fonctionnels des tumeurs solides de l'ovaire sont très variables. On a signalé la puberté précoce. On a noté de l'aménorrhée et aussi des métrorragies, mais, dans l'ensemble, la menstruation est rarement influencée. Dans certains sarcomes, il n'y avait pas de troubles menstruels.

Les douleurs sont inconstantes. La dysurie est fréquente.

Il est facile, en général, de reconnaître une tumeur ovarienne d'une tumeur d'un organe voisin. Il est plus malaisé de dire si une tumeur est bénigne ou maligne, même à l'opération, car ni l'ascite, ni le fait d'être ou non pédiculée ne sont signes de valeur. L'examen microscopique est trompeur; on confond aisément squirrhe et fibrome.

Si la tumeur est maligne ou suspecte de malignité, quelle que soit son extension, B. préconise l'extirpation complète et large des organes génitaux.

HENRI VIGNES.

BULLETIN of the BUFFALO GENERAL HOSPITAL

Tome II, n° 1, Janvier 1924.

Thew Wright. ***Un cas de persistance du diverticule de Meckel avec hernie d'anses intestinales à travers le cordon ombilical.*** — Un enfant du sexe masculin normal par ailleurs présente à sa naissance une distention très proéminente du cordon ombilical, exagérée dès les premiers cris ; 3 heures après l'ombilic expulse hors du ventre dans le moignon ligaturé du cordon une masse ressemblant, comme forme et comme volume, à un utérus avec ses 2 trompes. Une intervention immédiate consiste à inciser circulairement l'abdomen autour de l'ombilic cutané ; l'abdomen ouvert on lie les vaisseaux ombilicaux, on résèque la gaine du cordon : dans l'intestin de celui-ci on trouve, dans une sorte de sac herniaire formé par l'iléon retourné sur lui-même en doigt de gant, plusieurs anses d'intestin grêle et on les réduit dans l'abdomen ; l'iléon, avec ses 2 portions proximale et distale qui constituaient les 2 oreilles latérales de la tumeur (simulant des trompes), éversé et invaginé au travers du diverticule de Meckel resté perméable, est réduit, désinvaginé. Résection du diverticule de Meckel, fermeture de l'iléon par un surjet. L'abdomen est suturé en 2 plans en bourse qui donnent une cicatrice invisible. Guérison parfaite, suivie.

W. montre par une figure et des schémas la disposition de ce cas assez complexe ainsi que le mécanisme de l'occlusion normale du canal omphalo-mésentérique.

J. BRAINE.

Thew Wright. ***Un cas d'hypertrophie massive des 2 seins chez une jeune fille.*** — W. rapporte un cas typique d'*hypertrophie mammaire à la puberté*, chez une enfant de 13 ans et 10 mois, sans antécédents pathologiques. Les seins ont acquis en 7 mois leur volume énorme, sans provoquer aucune douleur ni même de sensibilité exagérée. La masse pesante des seins prolabés, leur difformité fâcheuse inquiètent la malade : le sein droit plus volumineux atteint le pubis ; la palpation de la glande montre une consistance normale sans aucune nodosité, un aplatissement du mamelon. Légère dénutrition, légère hypertrophie thyroïdienne, métabolisme basal : — 9, Wassermann négatif, légère cyphose dorsale de compensation. W. fait une double amputation des seins ; augmentation rapide de poids et de vigueur par la suite.

Le sein droit pesait 4 kilogr., le gauche 3 kilogr. ; la glande est dure, résiste à la coupe, laquelle montre, au milieu d'abondantes travées fibreuses denses hyalines par places, une vascularisation intense et des plages jaunâtres renfermant des îlots glandulaires, des galactophores rudimentaires et de nombreuses cellules adipeuses. On a tendance à expliquer ces hypertrophies mammaires de la puberté par un trouble endocrinien, l'influence inhibitrice d'hypertrophie mammaire faisant défaut au moment opportun. L'auteur renvoie à des articles récents de Deaver, Mac Farland, Keyser pour les discussions étiologiques.

J. BRAINE.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Tome XXXV, n° 398, Avril 1924.

H. J. Stander, E. Duncan et B. L. Moses. ***Le taux d'excrétion de l'urée dans les toxémies de la grossesse.*** — Les constatations cliniques et anatomo-pathologiques indiquent que le rein joue un grand rôle dans certaines toxémies gravidiques, sans qu'elles puissent fournir une base suffisante pour différencier les diverses variétés de ces toxémies. S. et D. ont pensé pouvoir y arriver en étudiant le taux de l'excrétion de l'urée dans ces divers états. Ils ont employé simultanément la formule d'Austin, Stillman et van Slyke, $K = \frac{D}{B\sqrt{VW}}$ où D est l'urée excrétée en grammes par 24 heures, B l'urée du sang en grammes par litre, V le volume de l'urine en litres par 24 heures, W le poids du corps en kilogrammes et K la constante uréo-sécrétoire, qui est normalement de $7,5 \pm 3$, et une formule personnelle $X = \frac{B \times TN}{D}$ qui indique le rapport entre l'azote de l'urée sanguine en milligrammes pour 100 cmc de sang (B) et l'azote de l'urée urinaire exprimé en grammes pour 24 heures (D) en fonction de l'azote total de l'urine (T N) exprimé en grammes par 24 heures ; cette formule donne des valeurs plus constantes que celle d'Austin, et surtout que celle de d'Addis et Drury dont les résultats manquent par trop d'uniformité pour qu'elle soit utilisable.

Chez les femmes en dehors de la gestation, la valeur moyenne de X est de 26,5 ; chez les femmes gravides, elle n'est que de 16,4 (K = 6,4), ce qui tient surtout à la diminution de la concentration de l'urée sanguine. Dans les vomissements nerveux de la grossesse, la valeur de X et de K sont à peu près les mêmes que chez les femmes non enceintes et, lorsque l'état s'améliore, elles se rapprochent des valeurs trouvées dans la grossesse normale. Dans les *toxémies d'origine néphritique*, il y a discordance entre la valeur de K qui s'abaisse et celle de X qui s'élève, atteignant en moyenne 22,8. Dans la *toxémie prééclamptique*, X est en moyenne de 26 (K, très variable, est en moyenne de 3,3). Dans l'*éclampsie vraie*, où K est abaissé (2,2), X atteint sa plus haute valeur (28,7).

Bien qu'il soit encore prématuré d'assigner une valeur-type à chacune des variétés de toxémie gravidique, on peut dire que l'éclampsie est caractérisée par une valeur maximum de X, alors que dans la toxémie urémique cette valeur est inférieure à celle trouvée lors de la grossesse normale et que dans la toxémie prééclamptique elle est un peu plus élevée que dans la toxémie urémique.

P.-L. MARIE.

J. W. Harris. ***Les conséquences éloignées des toxémies tardives de la grossesse.*** — Les conséquences lointaines des toxémies tardives de la grossesse, en particulier leur action sur le rein, ont été peu étudiées. Depuis 1919, H. a réexaminé au bout d'un an 111 femmes sur les 177 qui avaient été traitées dans son service obstétrical de l'hôpital Johns Hopkins pour des toxémies tardives. Sur ce nombre 13 étaient mortes pendant leur séjour. Un assez grand nombre revinrent à l'hôpital pour une nouvelle grossesse.

Ces toxémies sont encore mal classées. H., se basant sur la présence ou l'absence de convulsions et la présence ou l'absence d'une atteinte rénale, distingue 4 groupes : éclampsie, toxémie prééclamptique, toxémie néphritique (urémique) avec ou sans convulsions

Avant ces recherches, H. croyait comme la plupart des cliniciens, que l'éclampsie et la toxémie prééclamptique étaient rarement suivies d'altérations définitives des reins et conféraient même une certaine immunité contre le retour d'accidents éclamptiques. L'expérience lui avait appris, d'autre part, que chez les femmes atteintes de toxémie néphritique avec ou sans convulsions, les accidents se reproduisent fatalement et sous une forme de plus en plus sévère et précoce lors des grossesses ultérieures.

L'enquête que fit H. modifia ces conceptions sur divers points. S'il est vrai qu'aucune récidive d'éclampsie ne fut observée lors des grossesses ultérieures, le fait que 3 des 27 éclamptiques qui furent revues au bout d'un an présentaient des signes de néphrite chronique indique que le danger d'une lésion permanente des reins consécutive à l'éclampsie ne doit pas être méconnu.

Assez inattendues furent les constatations faites chez les femmes antérieurement atteintes de toxémie prééclamptique dont 60 pour 100, un an après l'accouchement, montraient des symptômes indubitables de néphropathie chronique, sans qu'on puisse préciser les facteurs qui favorisent cette évolution vers la chronicité; il est probable toutefois que la longue durée des accidents toxémiques antérieurs à la grossesse en est responsable dans une large mesure. La disparition des symptômes de la toxémie dans les 3 semaines qui suivent la délivrance n'élimine en aucune façon la possibilité du développement ultérieur de lésions rénales permanentes; d'autre part, les faits recueillis prouvent que s'ils ont persisté plus de 3 semaines après la délivrance, les chances d'échapper à une altération rénale définitive sont minimes.

Les observations faites à propos des cas de toxémie néphritique confirmèrent les données classiques déjà énoncées.

P.-L. MARIE.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE MÉDECINE
(Paris)

Tome XL, n° 4, 1924.

Ch. Achard. *Le syndrome basedowien; sa conception et sa définition.* — En dehors du simple examen clinique et de la recherche des symptômes plus ou moins apparents, il n'y a guère, en fait d'exploration par des recherches de laboratoire, que le métabolisme basal dont on puisse tirer des données vraiment instructives et utilisables pour le praticien.

Dans les états morbides qu'on réunit en clinique sous le nom de « maladie de Basedow », on observe un ensemble de symptômes dont les plus saillants relèvent du syndrome basedowien, relevant de l'hyperthyroïdie. Peut-être serait-il plus utile, plus clair et plus précis de substituer à la notion du syndrome basedowien celle du syndrome d'hyperthyroïdie, étant entendu que la sécrétion thyroïdienne formée en excès est peut-être aussi anormale dans ses qualités.

Les manifestations de ce syndrome d'hyperthyroïdie paraissent se produire en grande partie, mais seulement en partie, par le moyen de l'excitation du sympathique. Le trouble de la sécrétion thyroïdienne peut être provoqué sans lésion bien apparente de la glande, mais le plus souvent celle-ci est le siège d'altérations, qui sont très variées dans leur forme, leur degré, leur cause. Des lésions peuvent exister, d'autre part, sans qu'il y ait de syndrome d'hyperthyroïdie : c'est ce qui a lieu, en particulier, dans le goitre simple. Mais le goitre simple peut, au cours de son évolution, se compliquer d'hyperthyroïdie (goitre toxique des auteurs américains).

Chez les malades atteints de maladie de Basedow, on observe, outre le syndrome d'hyperthyroïdie, un ensemble d'autres troubles fonctionnels, qui sont variés. On peut voir notamment s'associer à ce syndrome divers troubles nutritifs autres que l'exagération du métabolisme basal : l'insuffisance glycolytique, des dystrophies génitales, hypophysaires, surrénales, des troubles divers du système nerveux autonome. Englober tous ces symptômes dans la maladie de Basedow ne peut que créer des confusions et des interprétations vicieuses. Il s'agit d'accidents étrangers à l'hyperthyroïdie, mais dépendant probablement de la même cause, inconnue encore le plus souvent, qui provoque le désordre thyroïdien.

L. Rivet.

Paul Sainton. *Les associations neuro-basedowiennes.* — Il n'est pour ainsi dire aucune affection nerveuse dont la coïncidence n'ait été signalée avec le goitre exophtalmique. Parmi ces symbioses cliniques, les unes sont exceptionnelles, les autres sont beaucoup plus fréquentes et présentent un intérêt pathogénique beaucoup plus grand : ce sont les associations du syndrome de Basedow avec l'épilepsie, la chorée, le tabes.

En ce qui concerne l'association avec l'épilepsie, la théorie de l'origine thyroïdienne de l'épilepsie repose sur des bases insuffisantes; il y a des cas où il y a simple coïncidence. Il y a des cas où une origine syphilitique commune est la seule vraisemblable.

La chorée peut préexister au syndrome basedowien. Plus souvent les mouvements choréiques ou choréiformes sont constatés au cours de l'évolution du Basedow; parfois il y a association de chorée d'Huntington. Cette association s'explique par une origine infectieuse commune (rhumatisme, hérédosyphilis).

L'association avec le tabes a donné lieu à de nombreuses discussions. Ici encore, on incrimine une origine syphilitique commune, les deux états évoluant indépendamment, chacun pour son compte. Pour certains, il s'agirait d'un Basedow iodique, apparaissant chez les tabétiques à la suite du traitement ioduré (Stern), conception qui paraît insoutenable.

S. passe ensuite en revue les associations du syndrome de Basedow avec la paralysie générale, l'hémiplégie, le syndrome de Parkinson, des paralysies bulbaires, la myasthénie, des lésions médullaires, des polynévrites, l'hystérie.

La plupart des observations anciennes sont incomplètes; l'étude de ces cas est à reprendre aussi bien au point de vue des réactions sérologiques qu'au point de vue des réactions endocriniennes. Dans la plupart des cas, chaque syndrome est indépendant dans les associations neuro-basedowiennes et évolue pour son propre compte, sans qu'il y ait dans ces associations de relations de cause à effet. Le lien qui les relie est dans la majorité des cas une infection, la plupart du temps la syphilis.

L. Rivet.

E. Ledoux. *Le basedowisme iodique.* — Il est admis que la pénurie de l'iode alimentaire et atmosphérique intervient pour une part importante dans l'étiologie d'un grand nombre de goitres. Il est aussi reconnu que la prophylaxie et le traitement du goitre banal par l'iode et les iodures sont souvent efficaces.

Mais le traitement iodé, quelles que soient la forme pharmacologique, la voie d'introduction et la dose du médicament, peut déclencher chez les goitreux ou prédisposés, à la façon d'une sorte d'anaphylaxie iodique, diverses variétés d'accidents.

Dans des cas rares, on a signalé l'apparition chez les goitreux d'une thyroïdite aiguë, d'aspect inflammatoire.

Beaucoup plus souvent, l'iode détermine chez les goitreux l'Iodbasedow de Kocher ou basedowisme iodique, dont on peut décrire deux formes cliniques.

Fréquemment il s'agit d'un basedowisme fruste, atténué, caractérisé par un état de nervosisme général, de l'agitation, de l'émotivité, de l'insomnie, de l'amaigrissement et parfois de la tachycardie : c'est l'iodisme constitutionnel de Rilliet, qui disparaît dès que la médication intempestive est suspendue.

Parfois le basedowisme iodique est beaucoup plus accentué : on assiste alors à une véritable basedowification d'un goitre. En outre des symptômes précédents, la tachycardie est de règle, compliquée parfois de l'apparition d'extrasystoles, et le tremblement des extrémités, l'exophtalmie, un amaigrissement parfois considérable, la diarrhée, les bouffées de chaleur, les sueurs abondantes, parfois de la glycosurie avec acétonurie, complètent le tableau clinique. On a même observé de graves symptômes de défaillance cardiaque avec dilatation du cœur et arythmie complète.

Ces accidents ne sont pas exceptionnels. Leur connaissance légitime la prudence dans le traitement du goitre banal par l'iode et les iodures.

L. Rivet.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Tome LIV, n° 20, 15 Mai 1924.

D. Bloom. *L'action de l'iodure de potassium sur la circulation d'après des recherches sphygmomanométriques et sphygmobolométriques chez l'homme.* — Il est impossible de retirer des notions précises de l'ensemble des travaux qui ont été publiés sur l'action circulatoire des iodures. Selon les conditions d'observation ou d'expérimentation les auteurs ont obtenu les effets les plus variables sur la pression artérielle, sur le volume du pouls, sur la viscosité sanguine. B discute en particulier les expériences de Lehndorff et celles de Buckholz, qui ont administré l'iodure de sodium à des animaux en injection intraveineuse. Malgré les précautions prises (emploi de solutions isotoniques dans les expériences de Lehndorff; contrôle de la concentration d'iode dans le sang aux différentes phases de l'expérience, par microméthode, dans les expériences de Buckholz), ces résultats expérimentaux ne semblent pas applicables à l'usage thérapeutique de NaI chez l'homme, usage qui comporte l'administration, par voie buccale, de doses bien moindres.

Sur l'instigation du professeur Sahli, B. a étudié l'action de NaI ingéré en solution sur la tension artérielle, sur le volume du pouls (sphygmobolomètre de Sahli) et sur la fréquence du pouls chez 23 malades de la clinique de Berne. Il a observé — et cela généralement avec des doses qui ne dépassent pas 1 gr. de NaI par jour — les effets suivants : baisse de la tension maxima dans plus de la moitié des cas (et en particulier chez les hypertendus), cette baisse allant de 1 à 4 cm. Hg, — augmentation du volume du pouls dans plus de la moitié des cas, cette augmentation atteignant de 0 cmc 02 à 0 cmc 125, — enfin, dans 75 pour 100 des cas, accélération du pouls de 3 à 33 pulsations par minute. La viscosité sanguine, d'après les observations de M[lle] Kagan, faites également à la clinique de Sahli, ne se trouve pas modifiée par la médication iodurée.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus par B. semblent témoigner à la fois d'une dilatation de l'arbre vasculaire et d'un renforcement de la puissance cardiaque, qui permet une augmentation du volume de l'onde systolique. Ils rendent compte des effets thérapeutiques que les anciens cliniciens avaient remarqués chez les hypertendus, chez les athéromateux, chez les emphysémateux, chez les asthmatiques.

J. Mouzon.

Leo von Gordon. *Le traitement du rhume des foins.* — G. passe en revue toute une série de formules et de spécialités qui sont en usage contre le rhume des foins dans les pays de langue allemande. Il insiste surtout sur le chlorure de calcium et sur l'optochine. Il utilise le chlorure de calcium par la voie buccale, soit à titre thérapeutique, soit à titre prophylactique. C'est seulement dans les cas d'asthme des foins où il est nécessaire d'agir vite qu'il injecte $CaCl^2$ dans les veines, en solution à 10 pour 100. Le chlorhydrate d'optochine doit être employé à 1 p. 100 en pommade ou en pulvérisation intranasale. Au besoin, la solution à 1 pour 100 cocaïnée peut être utilisée en instillations conjonctivales. Des traitements bi ou trihebdomadaires sont souvent suffisants pour la prophylaxie. Il est possible que cette action de l'optochine s'explique par le rôle de germes microbiens, et, en particulier, du pneumocoque, dans la pathogénie de certains asthmes des foins. Les pollens n'expliquent pas tout, en particulier pour les « rhumes des foins » qui s'observent parfois en hiver.

Chlorure de calcium et optochine constituent des thérapeutiques simples, faciles à appliquer et à surveiller. A cet égard, B. préfère ce traitement aux vaccinations polliniques qui sont fort en vogue et qui sont sans doute le traitement de l'avenir, mais dont la mise en œuvre exige encore une grande expérience des méthodes de désensibilisation, oblige à un traitement astreignant qui doit durer des mois, comporte des inconvénients et des dangers et n'apporte aucun espoir assuré.

G. a tenté, en outre, divers procédés adjuvants tels que collyres à base de pollens de Dunbar, pulvérisations, pommades et instillations oculaires adrénalinées, massage vibratoire de la pituitaire, atropine, strychnine, quinine, autosérothérapie et tuberculinothérapie (il n'a pas d'expérience personnelle de ces dernières méthodes), médication thyroïdienne, régime antiuricémique.

J. Mouzon.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Tome LXXI, n° 20, 16 Mai 1924.

C Behr. *Contribution à l'étiologie de la sclérose en plaques.* — On tend de plus en plus à considérer la sclérose en plaques comme une maladie infectieuse. Comme la démonstration de l'agent infectieux présente de grandes difficultés, B. a préféré chercher quelle peut être la voie par laquelle il atteint les centres nerveux. Ses constatations ophtalmologiques l'avaient conduit à penser que le point de départ de l'infection devait se trouver aux alentours du nerf optique. En effet, la fréquence des lésions du nerf optique (névrite rétrobulbaire) dans la sclérose en plaques est considérable; sur 144 malades examinés par B , 102, soit 75 pour 100, présentaient des altérations indiscutables de la papille; elles demandent à être recherchées de parti pris, car le malade peut ne pas s'en apercevoir. Fait plus intéressant encore, ces altérations sont très souvent dans un tiers des cas au moins, le premier symptôme de la maladie. D'autre part, en suivant des sujets considérés comme atteints de névrite aiguë rétrobulbaire primitive, Fischer a pu voir se développer une sclérose en plaques dans 66 pour 100 des

cas; cette proportion s'élève à 70 pour 100 dans la statistique personnelle de B.

Ces lésions précoces du nerf optique, portion si excentrique des centres nerveux, ne laissent guère supposer que le chemin suivi par l'infection puisse être la voie sanguine ou lymphatique. Par contre, tout fait penser à une infection propagée par voie de contiguïté, le nerf n'étant séparé des cellules ethmoïdales postérieures que par l'épaisseur de la muqueuse qui tapisse la lame criblée et par du tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques; l'agent infectieux dont on sait l'affinité pour la substance blanche doit pénétrer aisément par cette voie.

B. a fait une série d'expériences qui confirment cette hypothèse. Chez 3 patients atteints de névrite rétrobulbaire récente accompagnant ou précédant une sclérose en plaques, il a prélevé la muqueuse des cellules ethmoïdales par curettage, l'a broyée dans l'eau physiologique et injectée sous la dure-mère chez des lapins. Il a injecté de même la muqueuse provenant d'un sujet neurologiquement sain. Chez tous ces animaux se montrèrent, plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'inoculation, des modifications de la papille passagères ou durables, pâleur progressive ou œdème avec hyperémie, qui aboutirent à une atrophie des nerfs optiques chez plusieurs lapins. Enfin des troubles nerveux graves apparurent ultérieurement chez 2 des animaux inoculés : chez l'un, une hypotonie du tronc et des extrémités, attribuable à une lésion du cervelet; chez l'autre, une hémiplégie alterne supérieure indiquant une lésion pédonculaire, tous symptômes rappelant ceux de la sclérose disséminée de l'homme. L'autopsie d'un animal montra en même temps que l'intégrité des méninges, la présence de foyers inflammatoires intracérébraux.

B. en conclut que, selon toute vraisemblance, avec la muqueuse des cellules ethmoïdales, il a inoculé l'agent de la sclérose en plaques et que la porte d'entrée de l'infection siège au niveau des muqueuses contiguës au système nerveux central, particulièrement dans les points où se trouvent des canaux osseux. Quant à l'inoculation positive obtenue avec la muqueuse du sujet neurologiquement sain, elle indiquerait que l'agent infectieux vit en parasite inoffensif dans les cellules ethmoïdales postérieures de l'homme sain. P.-L. MARIE.

N° 22, 30 Mai.

H. E. Hering. ***Le sinus carotidien au niveau de l'origine de la carotide interne, point de départ d'un réflexe inhibiteur cardiaque et d'un réflexe dépresseur vasculaire.*** — H. avait déjà signalé que, dans l'épreuve classique de la compression du pneumogastrique au niveau du cou, il s'agit d'un réflexe et non d'une excitation directe des fibres inhibitrices cardiaques et que ce réflexe n'est pas produit par la pression sur le nerf, mais bien par celle qui est exercée sur la carotide, et spécialement sur sa bifurcation.

Approfondissant l'étude du phénomène, il a vu que la pression très localisée exercée à l'aide d'une petite pince sur le sinus carotidien mis à découvert déclenche chez le chien, le chat et le lapin un réflexe inhibiteur cardiaque et un réflexe dépresseur vasculaire. Ces 2 réflexes d'origine sinusale sont d'ordinaire plus accentués si l'on s'adresse au côté droit. Le réflexe vasculaire joue en général un rôle plus grand que le réflexe cardiaque; il peut même se manifester indépendamment de ce dernier; il s'accompagne d'une baisse parfois très forte de la pression artérielle, baisse qui est habituellement d'autant plus marquée que la pression était plus élevée à l'origine. Le réflexe cardiaque, qui se caractérise par un ralentissement des battements du cœur, se manifeste d'ordinaire plus rapidement que le réflexe vasculaire, mais celui-ci affecte une intensité plus grande et son action se prolonge souvent bien plus longtemps que celle du réflexe cardiaque. Lorsque les réflexes cardiaques sont très forts, l'action simultanée des 2 réflexes peut faire tomber la pression sanguine jusqu'à zéro, même si l'on n'excite qu'un seul sinus.

La compression de la carotide primitive, de la carotide externe ou de l'interne en un autre endroit que le sinus ne détermine pas ces réflexes, à moins que l'on ne tiraille en même temps les vaisseaux, ce qui peut retentir indirectement sur le sinus et provoquer les réflexes plus ou moins nettement.

De même que la pression extérieure, une pression qui s'exerce sur l'intérieur du sinus (introduction d'une sonde, extension de la paroi du sinus sous l'influence de l'élévation de pression intra-artérielle) est capable de déclencher ces réflexes. Ceux-ci permettent une régulation réflexe importante de la pression artérielle et jouent en particulier un rôle important dans la circulation cérébrale, toute élévation de la pression artérielle dans la région du sinus étant suivie d'un abaissement de la pression dans le territoire cérébral, et inversement. Les réflexes du sinus sont d'une sensibilité plus grande que ceux à point de départ aortique qui sont conditionnés par le nerf dépresseur; de plus petites variations de pression suffisent à déterminer les premiers.

Il devient maintenant possible d'expliquer l'élévation de pression sanguine accompagnée d'accélération du cœur consécutive à la ligature des carotides primitives; en effet, la ligature abaisse la pression dans la région du sinus; la libération des vaisseaux fait remonter la pression, ce qui amène le ralentissement du cœur et la diminution de la pression artérielle générale. Cet effet de l'occlusion des carotides primitives indique que les réflexes du sinus sont de nature tonique ainsi que l'atteste encore l'élévation de pression qui se produit à la suite de l'énervation de la région du sinus, élévation qui atteint le même degré que celle que déterminait la ligature des carotides primitives avant l'énervement. Les réflexes du sinus sont conditionnés par les nerfs qui se rendent du sinus au ganglion cervical supérieur du sympathique (nerfs carotidiens internes, chez l'homme). Si l'on supprime à la fois les réflexes du sinus, par énervation ou par l'occlusion des carotides primitives, et l'action des nerfs dépresseurs, action d'ordre tonique, elle aussi, la pression artérielle atteint chez le chien des valeurs très élevées, plus de 25 cm. Hg, par suite de l'abolition des réflexes dépresseurs dont l'effet s'additionne. Cette constatation peut expliquer certaines hypertensions chez l'homme.

Durant l'anesthésie chloroformique, le réflexe cardiaque s'exagère. Les 2 réflexes ne disparaissent que difficilement: ils survivent longtemps au réflexe palpébral et au réflexe cornéen.

Le chirurgien doit savoir qu'il peut être dangereux de pincer ou de lier la carotide dans la région du sinus. P.-L. MARIE.

E. Koch. ***Le réflexe dépresseur provoqué par la pression de la carotide chez l'homme.*** — S'inspirant des recherches de Hering qui viennent d'être résumées, K. a étudié chez l'homme les effets de la compression du sinus carotidien et en particulier l'influence exercée sur la pression artérielle. La carotide était comprimée d'un seul côté au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde pendant un temps variable tandis qu'un aide mesurait la pression artérielle à intervalles rapprochés et qu'un autre comptait le pouls ou prenait un électro-cardiogramme.

De même que chez les animaux, la compression du sinus détermine, en dehors du réflexe inhibiteur cardiaque, un réflexe vasculaire dépresseur qui se traduit par une baisse de la pression artérielle, baisse qui peut être si soudaine et si accentuée que la pression tombe en 10 à 15 secondes à la moitié de sa valeur antérieure pour se relever peu à peu après cessation de la compression. La chute de la pression est, en général, d'autant plus forte que la pression est plus élevée.

On ne peut expliquer cette hypotension par la simple action du vague sur le cœur, le ralentissement cardiaque et la diminution de la pression ne présentant pas la même courbe évolutive. L'atropine en outre n'influence que peu l'intensité du réflexe dépresseur.

Ce réflexe a été mis en évidence chez 28 sujets examinés sur 50, et beaucoup plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Chez les premiers, la pression baissa en moyenne de 23 pour 100, la plus grosse diminution fut observée dans une néphrosclérose (21 cm. Hg à 9 cm. 5). Dans les cas où l'on ne constate pas le réflexe dépresseur, il est probable que la compression n'est pas exercée au point d'élection (bifurcation carotidienne) ou que l'hypotension est compensée par des facteurs qui élèvent la pression. P.-L. MARIE.

N° 23, 6 Juin.

A. Passow et W. Rimpau. ***Sur certaines actions photodynamiques exercées sur les bactéries.*** — Il est démontré que la lumière solaire et une lumière artificielle intense tuent les bactéries au bout d'un temps plus ou moins long et que les rayons ultra-violets jouissent de propriétés bactéricides marquées, mais l'action des radiations de grande longueur d'onde est encore mal établie. Elle dépend, ainsi qu'il ressort des recherches de Passow, de la technique et de l'espèce des bactéries employées : ainsi les staphylocoques ne sont-ils sensibles qu'aux rayons bleus, violets et ultra-violets. D'autre part, Tappeiner a montré que l'adjonction de certains colorants fluorescents renforce l'influence de la lumière. Le mécanisme de cette action photodynamique reste très discuté. Pour l'approfondir, P. et R. ont fait de nombreuses expériences avec des bactéries d'espèces variées, additionnées de colorants divers assez dilués pour ne plus être toxiques, étalées sur gélose et soumises aux différentes radiations de la lumière d'un arc à charbons décomposée par un prisme en quartz.

Ils ont d'abord constaté, particulièrement dans leurs expériences avec le rose bengale (dichlorotétraiodofluorescéine), que les bactéries Gram négatives se comportent différemment des Gram positives à l'égard de l'action photodynamique; ces dernières, plus sensibles, sont tuées beaucoup plus vite; il existe en outre un groupe intermédiaire moyennement sensible (méningocoque, pneumobacille, B. de l'ozène). A l'aide des radiations et de l'action photodynamique, on peut même arriver à séparer dans une culture mixte les espèces Gram négatives des Gram positives. P. et R. indiquent dans un tableau les colorants les plus aptes à manifester l'action photodynamique pour chaque sorte de radiations.

La fluorescence elle-même du colorant n'est pas indispensable à la production de l'effet photo-dynamique. Certains colorants non fluorescents, bleu Nil, violet de gentiane par exemple, sont très actifs, tandis que des colorants fluorescents (fluorescéine, uranine) sont dépourvus d'influence. Le comportement des bactéries Gram positives a amené P. et R. à se demander si l'iode et les halogènes qui entrent dans la constitution de certains colorants ne jouent pas un rôle décisif dans la production de l'action photodynamique. De fait, il est possible de produire cette action ou de l'exalter par adjonction de préparations iodées. Il est impossible de dire si cette influence chimique manifeste agit en conjonction avec le colorant ou seulement après que l'iode libéré par le processus photodynamique a pénétré à travers la membrane d'enveloppe des bactéries et l'a rendue plus apte à la pénétration par la teinture ou si les préparations iodées modifient le colorant en augmentant son pouvoir de dispersion, lui permettant ainsi d'attaquer les bactéries.

Les modifications éventuelles de la réaction du milieu de culture n'interviennent pas dans la production de l'action photodynamique non plus que la coloration du milieu. De son côté le pouvoir colorant n'explique pas à lui seul l'action photodynamique; l'éosine et le rose bengale qui ont une action très marquée colorent à peine les bactéries, même après adjonction d'iode. L'action photodynamique n'est pas davantage en rapport avec la toxicité du colorant. Par contre le pouvoir d'absorption du colorant pour certaines radiations joue un grand rôle; une très faible colorabilité des bactéries suffit à la production de l'action photodynamique pourvu que le colorant lui-même absorbe une quantité de lumière convenable.

Du point de vue purement physique, on peut supposer que l'énergie lumineuse absorbée se transforme en chaleur moléculaire qui détruit la cellule bactérienne. La fluorescence semble bien ne pas intervenir dans ce processus. P.-L. MARIE.

A. Dannhauser. ***Protéinothérapie dans les affections du système nerveux.*** — D. a traité par des injections de caséine (yatren-casein) de nombreux malades atteints d'affections variées du système nerveux. Il a surtout employé la voie veineuse, utilisant d'abord de faibles concentrations qu'il augmentait ensuite selon l'intensité des réactions provoquées, et faisant 2 ou 3 injections par semaine.

Si les échecs ont été la règle, quelques succès ont été obtenus qui semblent de nature à encourager de nouvelles tentatives. Parmi les nombreux encéphalitiques traités, un seul, qui présentait du parkinsonisme, fut amélioré, au point qu'il put reprendre ses occupations au bout de 12 injections, et cela 2 ans après la phase aiguë de l'encéphalite. Dans la sclérose en plaques, aucun bon résultat ne fut observé qui pût être mis avec certitude à l'actif de cette thérapeutique que les malades par ailleurs ne supportèrent pas toujours bien. Par contre, un tabétique vit disparaître presque complètement des dou-

(1) Page n° 25 : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*

leurs en ceinture très intenses et un autre récupéra des érections. Les neurasthéniques ne répondent pas à ce traitement. Certaines névralgies et névrites furent favorablement influencées.

Le mécanisme de l'action de la protéinothérapie demeure très obscur. Il est impossible en particulier de dire s'il faut ou non chercher à provoquer de la fièvre et des réactions générales. Certains cas se sont améliorés en l'absence de fièvre, d'autres, malgré l'hyperthermie, ne se sont pas modifiés. La dose et la répétition des injections doivent être adaptés à chaque cas particulier.

La méthode n'est d'ailleurs pas exempte d'inconvénients. A côté des pigmentations qui se sont produites dans un tabes et une sclérose en plaques au niveau de l'injection sous-cutanée, il faut mentionner le danger éventuel de l'anaphylaxie auquel exposent surtout les réinjections intraveineuses, et chez un épileptique D. a vu des accidents immédiats si impressionnants qu'il a redouté une issue fatale. Aussi convient-il de ne jamais dépasser le délai de 8 jours entre 2 injections et d'injecter toujours lentement des solutions fortement diluées. P.-L. Marie.

N° 24, 13 Juin.

H. H. Matoni. ***Sur les modifications de la formule sanguine consécutives à la radiothérapie.*** — En s'appuyant sur la comparaison de la formule sanguine des femmes atteintes de métrorragies ayant subi la castration par irradiation ou l'hystérectomie vaginale, Kiehne a récemment soutenu que les altérations sanguines subséquentes plaidaient contre l'emploi des rayons X; il aurait en particulier trouvé, 10 semaines après l'irradiation, des modifications encore appréciables de la formule sanguine.

Opitz a déjà combattu ces assertions et a attribué à la catégorie sociale des malades de Kiehne (ouvrières d'usines mal nourries en majorité) les résultats trouvés par cet auteur. M., qui a observé dans le même milieu que Kiehne, arrive à des conclusions très différentes. Sur plus de 800 malades atteintes d'affections gynécologiques variées et qui avaient reçu souvent une dose de rayons 3 à 4 fois supérieure à celle que nécessite la castration, il n'a pas observé d'altérations persistantes du sang, les examens étant pratiqués toutes les 6 heures après l'irradiation pendant 3 jours, puis à intervalles plus éloignés. Dans les 12 ou 18 heures consécutives à l'irradiation, on note une leucocytose croissante et accentuée, suivie déjà vers la 24e heure d'une chute des leucocytes au 1/5e ou au 1/4 du taux original. Les jours suivants, le chiffre des leucocytes augmente graduellement et redevient normal vers le 15e jour. Après l'irradiation la teneur en hémoglobine ne varie pas notablement, les hématies diminuent quelque peu sans que leur morphologie soit altérée; les plaquettes subissent une augmentation légère. Même chez les malades ayant longtemps saigné, la formule est redevenue 15 à 20 jours après l'irradiation ce qu'elle était avant; chez celles qui ont reçu de très grosses doses de rayons, on observe les mêmes modifications initiales, mais le retour à la formule antérieure à l'irradiation demande 6 à 8 semaines. Cette règle ne se trouve en défaut que chez 7 pour 100 des malades, toutes atteintes d'affections graves (cancer, tuberculose) capables à elles seules d'altérer le sang. En réalité les malades irradiées se rétablissent aussi vite et aussi bien que les opérées si l'on prend dans cette comparaison comme point de départ, non le jour de l'intervention, mais la date de la dernière métrorragie, car l'on sait que des hémorragies se reproduisent souvent encore une fois ou deux après la radiothérapie, ce qui influe sur la formule, alors que l'hystérectomie met fin immédiatement aux pertes sanguines. P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

Tome XXXIII, n° 5, 15 Mai 1924.

N. Rosenthal et G. Baehr. ***Raccourcissement paradoxal du temps de la coagulation sanguine après injection intraveineuse de citrate de soude.*** — Alors que *in vitro* le citrate de soude empêche la coagulation du sang, il l'accélère *in vivo* lorsqu'on l'injecte à doses suffisantes dans les veines. Une dose de 0 gr. 5 chez le chien ou le chat, de 3 à 8 gr. chez l'homme, produit un raccourcissement progressif et marqué du temps de coagulation qui d'ordinaire atteint son maximum au bout d'une heure et persiste plusieurs heures; en général le temps de coagulation revient lentement à la normale en 24 heures.

Cette propriété a été utilisée à titre curatif pour combattre les hémorragies et à titre préventif pour éviter une perte sanguine trop abondante lors d'une opération. Depuis 4 ans, R. et B. ont pu ainsi arrêter nombre d'hémorragies secondaires survenues au cours d'affections très diverses : ulcère gastrique, tuberculose pulmonaire, fièvre typhoïde, hémorragie cérébrale, hémorragies consécutives à l'amygdalectomie ou à une avulsion dentaire. Ils injectent dans la veine 3 à 6 cmc d'une solution de citrate à 30 pour 100. Une précaution capitale est de pousser l'injection très lentement (elle doit durer de 10 à 15 minutes), d'une façon continue et non intermittente, de façon à éviter une trop grande concentration de citrate dans le sang du cœur. Faute d'observer cette précaution, on s'expose à des accidents qui peuvent être mortels comme il est arrivé à R. et B. dans un cas. Injectée prudemment la dose de 3 à 6 gr. chez un adulte de taille moyenne peut être considérée comme inoffensive, sauf, comme on le verra plus bas, dans les maladies sanguines qui représentent une contre-indication formelle. Pour une sécurité complète, il serait encore préférable d'administrer le citrate dilué dans 200 cmc de sang qu'on transfuse ensuite.

Cette action paradoxale du citrate sur la coagulation a été l'objet d'une étude approfondie de la part de B. et R. qui ont essayé de déterminer les changements produits par le citrate dans le mécanisme si complexe de la coagulation. Ils ont à cet effet étudié chaque facteur individuellement et ils ont été amenés à rattacher l'accélération de la coagulation à l'action du citrate sur les plaquettes, qui ne seraient pas directement détruites par le citrate, mais simplement altérées et retirées ensuite de la circulation par la rate qu'on sait déjà intervenir de la sorte dans le purpura hémorragique (thrombocytopénie chronique), ou par d'autres organes où elles seraient détruites, leur substance thromboplastique (cytozyme) étant graduellement mise en liberté dans la circulation.

B. et R. fournissent à l'appui de cette conception les arguments suivants :

In vitro le citrate ne détruit pas les plaquettes, mais les conserve, si bien qu'il est utilisé pour leur numération Quelques minutes après l'injection intraveineuse, les plaquettes commencent à diminuer de nombre, le chiffre minimum étant atteint d'ordinaire au bout de 10 à 15 minutes et le retour à la normale s'effectuant au bout de 30 à 60 minutes. La plus grande diminution fut observée chez des chats où elle atteignit parfois 85 à 90 pour 100 des plaquettes; la rétraction du caillot ne se produit plus à ce moment. Des quantités croissantes de cytozyme, dérivé vraisemblablement des plaquettes, commencent à apparaître dans le sang au moment où le temps de coagulation se raccourcit. Les autres facteurs de la coagulation du sang, calcium, fibrinogène, antithrombine, ne subissent pas de modification sous l'influence du citrate. L'augmentation du cytozyme et la réduction du temps de coagulation ne se produisent pas en même temps que la diminution de nombre des plaquettes, mais ils sont consécutifs à cette dernière L'accélération maximum de la coagulation a lieu quelque temps après que le chiffre des plaquettes est redevenu normal et elle persiste pendant des heures. Fait important, le temps de coagulation n'est pas raccourci après l'injection de citrate chez les animaux dont le sang est très pauvre en plaquettes, canard par exemple; on peut même, avec une dose suffisante, observer l'effet inverse, un retard prolongé de la coagulation. De même, chez les sujets atteints de maladies sanguines caractérisées par une diminution marquée des plaquettes, l'injection du citrate ne raccourcit pas la coagulation. Dans le purpura hémorragique, par exemple, elle provoque une disparition presque complète des plaquettes et un retard de la coagulation. Dans l'hémophilie où il semble bien exister certaines modifications dans la qualité des plaquettes, l'injection citratée détermine un allongement du temps de coagulation, une diminution des plaquettes et une augmentation marquée de la tendance au saignement.

De toutes ces constatations il résulte que le raccourcissement du temps de coagulation doit être attribué à une action du citrate sur les plaquettes, qui n'est pas une destruction pure et simple, comme l'indique l'observation *in vitro*, et le fait que l'accélération maximum ne coïncide pas avec la diminution maximum des plaquettes, mais la suit. P.-L. Marie.

E. Moschcowitz. ***Rapports entre la résistance périphérique circulatoire congénitale et l'hypertension artérielle précoce.*** — La cause immédiate de l'hypertension nous échappe encore. Parmi les causes adjuvantes le facteur psychique joue un rôle important et à cet égard M. met en évidence 2 types d'individus chez lesquels l'hypertension est de constatation courante : d'abord un type qui ne peut être mieux caractérisé qu'en l'appelant l' « antithèse de l'enfant » au point de vue psychique; en second lieu, un type de patients présentant des formes frustes ou complètes de goitre exophtalmique ou de déséquilibre du système autonome dans la genèse desquelles les facteurs psychiques et émotionnels jouent de toute évidence un grand rôle. Comment les influences psychiques déterminent-elles l'hypertension? Sans doute en augmentant la résistance circulatoire périphérique, mais le mécanisme intime de leur action demeure hypothétique.

Cette augmentation de la résistance périphérique est le facteur le plus important du maintien d'une pression élevée dans le système circulatoire, hypertension qui à son tour engendre la néphrite et l'artériosclérose. L'enchainement de ces divers phénomènes se manifeste avec évidence si l'on envisage la petite circulation : dans les cas de sténose mitrale qui représente la résistance périphérique, on rencontre, même chez des sujets jeunes, une sclérose marquée des vaisseaux pulmonaires et de la sclérose artério-capillaire du poumon, correspondant à l'induration pulmonaire par stase des Allemands, lésion analogue à la sclérose artério-capillaire du rein et que pratiquement on ne trouve jamais en dehors de la présence d'une résistance périphérique. Par contre, tandis que dans les cas d'hypertension dans la grande circulation, les artères de ce système présentent de l'artériosclérose, les vaisseaux pulmonaires restent indemnes.

Il est tout un groupe de cas d'hypertension où l'augmentation de la résistance périphérique semble intervenir grandement dans la genèse de l'élévation de la tension; ce sont les cas d'hypertension chez les jeunes où l'on ne peut invoquer les facteurs habituellement incriminés. M. voit la cause de ces hypertensions juvéniles dans l'existence d'une résistance périphérique congénitale, sous la forme soit d'une sténose congénitale de l'isthme de l'aorte, soit d'une étroitesse congénitale du vaisseau (hypoplasie de l'aorte). A la lumière des observations publiées, il montre que l'hypertension, l'artériosclérose et les lésions rénales se rencontrent très souvent chez les sujets atteints de sténose congénitale de l'aorte et n'ayant pas encore atteint l'âge moyen de la vie. Avec Lancereaux, Bezançon, etc , il estime que la majorité des néphrites chroniques des jeunes résulte de l'hypertension, conséquence elle-même de l'hypoplasie congénitale du système vasculaire. On retrouve cette dernière dans l'artériosclérose juvénile (Barlow, Brault). Certains faits de néphrite familiale peuvent s'expliquer de cette façon. P.-L. Marie.

R. Waugh et D. S. Mc Intosh. ***Histogenèse et nature de la maladie de Gaucher*** — La conception primitive de la nature néoplasique de la maladie de Gaucher est de plus en plus abandonnée; on tend à la considérer comme une hyperplasie dont l'origine est encore très débattue, les uns voient son point de départ dans les cellules endothéliales des sinus veineux, les autres dans le tissu réticulaire de la pulpe. Le problème est difficile à résoudre tant qu'on s'adresse à des rates provenant de cas avancés de maladie de Gaucher. W. et M. ont eu la chance de pouvoir étudier la rate enlevée chirurgicalement d'un enfant de 5 ans chez lequel la splénomégalie avait été constatée 2 ans avant, à l'occasion d'une scarlatine, et dont l'état général était excellent, les seuls symptômes étant la splénomégalie, une hypertrophie assez marquée du foie et de la pâleur. L'opération fut bien supportée d'ailleurs et à la suite la pâleur diminua.

W. et M. donnent une étude histologique très fouillée de la rate qui pesait 345 gr., avait conservé la forme habituelle, avait une consistance ferme, mais non fibreuse, une capsule non épaissie, facilement détachable, et présentait sur la surface de coupe des points pâles et gélatineux, de la taille d'une tête d'épingle, ressemblant à des corpuscules de Malpighi amyloïdes. Microscopiquement, la pulpe était presque entièrement remplacée par des alvéoles de dimensions variables, contenant de grandes cellules claires, sphériques ou polyédriques, à cytoplasme

acidophile, souvent d'aspect fibrillaire, à noyau pâle, relativement petit, à chromatine peu abondante, tendant à s'agglomérer à la périphérie. Au centre des alvéoles, ces cellules se fusionnaient souvent en un syncytium multinucléé. Elles ne renferment ni graisses, ni substances anisotropes, et ne donnent pas la réaction amyloïde ni celle des oxydases. Dans les points où le processus était peu avancé, on pouvait voir les cellules de Gaucher se continuer avec les cellules endothéliales de la paroi des sinus veineux sans aucune ligne de démarcation; en d'autres points les cellules pathologiques étaient rattachées à la paroi par un pédicule, tandis que d'autres, déjà libérées, se trouvaient dans la lumière du sinus, qu'elles remplissaient dans les points où les lésions étaient plus anciennes. Au moyen de colorations spéciales, W. et M. ont pu préciser la cytogenèse des cellules de Gaucher et leur filiation à partir des cellules endothéliales des sinus et des petites cellules adventitielles basophiles des artérioles. Parmi celles-ci apparaissent des cellules polygonales, à gros noyau, à cytoplasme peu développé et basophile dont certaines évoluent vers une forme ressemblant aux myéloblastes qu'on rencontre dans la moelle osseuse en hyperplasie et présentent ensuite toutes les transitions jusqu'à la cellule de Gaucher, leur cytoplasme devenant peu à peu acidophile, le noyau grossissant et devenant moins distinct. Parmi les cellules de transition se trouvent quelques cellules à granulations acidophiles ressemblant à des myélocytes éosinophiles.

Ces constatations indiquent qu'il s'agit dans la maladie de Gaucher d'une maladie primitive, probablement congénitale, progressive, des tissus hémopoiétiques, caractérisée par une dysmyéloplasie aleucémique, c'est-à-dire par une métaplasie myéloïde irrégulière, les cellules pathologiques dérivant des cellules myélopotentes en sommeil du tissu réticulo-endothélial des organes hémopoiétiques et principalement des cellules adventitielles des vaisseaux sanguins et de l'endothélium des sinus. On retrouve un processus analogue dans la métaplasie myéloïde de la leucémie. Il est possible que les cellules du réticulum, qui ont des relations étroites de parenté avec les cellules adventitielles, prennent part elles aussi au processus pathologique dont l'étiologie reste obscure actuellement; toutefois il semble bien qu'il s'agisse d'une anomalie constitutionnelle.

P.-L. Marie.

L. Leiter. *Glomérulo-néphrite chronique expérimentale.* — La revue critique étendue à laquelle L. soumet les différents travaux publiés concernant la glomérulo-néphrite expérimentale montre que les résultats annoncés par maints chercheurs ne satisfont pas aux critères propres à la glomérulo-néphrite lorsqu'on les examine d'un peu près. D'autre part, en dépit d'expériences nombreuses et soigneuses, beaucoup d'auteurs ont échoué complètement dans leurs tentatives pour produire des lésions rénales comparables à la glomérulo-néphrite chronique typique. Il est évident que certains expérimentateurs ont pris pour cette dernière la néphrite dite spontanée, si fréquente chez le lapin, animal qui a servi d'ordinaire à ces recherches. Elle se caractérise au début par une infiltration de cellules rondes autour des petites veines, surtout de celles qui montent dans la corticale; dans les zones infiltrées l'épithélium des tubes se nécrose et il en résulte une atrophie ou une dilatation de la portion du tube urinifère située en amont. Macroscopiquement, toute modification peut faire défaut, mais si l'infiltration s'est étendue jusqu'au cortex, un piquet violacé se voit à travers la capsule. L'évolution peut se faire vers la sclérose, d'où torsion de tubuli, resserrement des glomérules, formation de cicatrices cunéiformes déprimant la surface du rein. Dans ces cicatrices les glomérules sont ratatinés, mais ne présentent pas de lésions analogues à celles de la glomérulo-néphrite; tout au plus trouve-t-on une légère sclérose autour de la capsule de Bowman. Ces lésions ont toujours un caractère focal et sont séparées par du tissu rénal sain; elles semblent de nature embolique.

Comme il serait précieux de pouvoir reproduire expérimentalement à volonté la glomérulo-néphrite dans des conditions déterminées, L. s'est livré à de multiples tentatives pour arriver à ce but, en utilisant de préférence les agents qu'on sait altérer particulièrement les glomérules. Il a injecté chez le lapin dans les veines ou dans le cœur de façon répétée, soit du venin de crotale, soit de la toxine diphtérique, du *Streptococcus viridans*, soit ce même germe associé à de la toxine diphtérique; il a injecté encore dans une des artères rénales ce streptocoque avec de la poudre de lycopode. Des lésions rénales très variées ont été trouvées à l'autopsie, mais, dans aucun cas, elles ne revêtaient l'aspect de la glomérulo-néphrite véritable. Cependant, chez bon nombre d'animaux, les streptocoques déterminèrent de l'endocardite. Ces échecs survenus bien que L. eût pris soin de combiner les agents nocifs de façon à léser les glomérules et à créer en même temps une infection, et bien qu'il ait employé un grand nombre d'animaux, semblent indiquer que le lapin n'est pas l'animal convenable pour reproduire la glomérulo-néphrite chronique; il ne réagit pas comme l'homme aux agents qui altèrent les glomérules.

L. a rencontré des lésions de néphrite spontanée chez 40 pour 100 des lapins qui n'avaient jamais reçu d'injection de bactéries et chez 54 pour 100 de ceux qui furent utilisés dans ses expériences, mais il fut aisé de distinguer ces lésions de celles de la glomérulo-néphrite.

P.-L. Marie.

F. Harbitz (de Christiania). ***L'hématoporphyrinurie, entité morbide (hématoporphyrie) et symptôme d'un trouble hépatique ou d'une intoxication.*** — Les recherches récentes établissent que l'hématoporphyriuurie peut être l'expression d'un état constitutionnel, la porphyrie, qu'on peut rapprocher de la cystinurie, de l'alcaptonurie, tous états témoignant d'un métabolisme incomplet de certaines substances.

Sous sa *forme aiguë*, dont on connaît une trentaine de cas, la maladie atteint surtout les femmes et, en particulier, les sujets atteints de tares névropathiques. Elle se caractérise par des coliques intestinales, des vomissements, assez souvent bilieux, et une constipation opiniâtre avec des matières ovillées et du mucus sanglant. La douleur débute d'ordinaire à l'épigastre et souvent irradie aux lombes ou aux membres inférieurs; il peut exister de l'hyperesthésie épigastrique. Le tableau clinique rappelle ainsi l'appendicite, la colique hépatique ou néphrétique, l'occlusion intestinale, et celle-ci d'autant plus qu'il existe, en général, de la dilatation de l'estomac et de la partie supérieure du grêle, qu'on a attribuée à des spasmes et qui peut faire penser à une dilatation aiguë de ces organes. Il peut exister du ténesme vésical. La fièvre est présente dans la moitié des cas. Le sérum sanguin ne contient d'ordinaire ni hématine ni hématoporphyrine et il n'y a pas de signes d'hémolyse. Le trait caractéristique est fourni par les urines. Elles sont brun rougeâtre, couleur porto ou malaga, et le spectroscope y décèle de l'hématoporphyrine (uro et entéro-hématoporphyrine); elles renferment souvent de l'urobiline et de l'urofuscine; elles sont très acides et rares; l'albumine et des cylindres existent dans un tiers des cas; le sucre, l'hémoglobine, l'hématine, la bilirubine font défaut.

Les crises se renouvellent d'ordinaire plusieurs fois par an. Toute une série de symptômes nerveux s'installent graduellement: troubles sensitifs, douleurs névralgiques, zones d'hyperesthésie, insomnie, attaques épileptiformes, troubles psychiques, délire et finalement symptômes de polynévrite, paralysie radiale ou cubitale par exemple, parfois paralysie généralisée ou ascendante terminée par la mort, accompagnés de paralysies oculo-motrices et sphinctériennes. La mort survient d'ordinaire quelques semaines après le début d'une crise aiguë.

A l'autopsie les lésions sont peu frappantes: fréquemment dégénérescence hépatique avec sidérose et bile foncée, dégénérescence graisseuse et hyperémie des reins avec présence de pigment rouge brun dans les cellules des tubes contournés, parfois dégénérescence du pancréas, érosions et congestion du tube digestif, sidérose de la rate. Du côté du système nerveux, les lésions sont très mal définies: absence d'altérations inflammatoires; quelquefois, mais rarement, dégénérations étendues des cellules des cornes antérieures et des ganglions spinaux ou dégénérescence des nerfs périphériques.

Le premier cas que relate H. est conforme à la description clinique qui vient d'être donnée. Les crises s'étendirent sur une durée de 15 ans. Les lésions constatées permettent de préciser l'anatomie pathologique de l'affection. Il faut signaler, en particulier, les lésions de néphrite atrophique et d'artériosclérose grave généralisée, prédominant au niveau des artères cérébrales, qui paraissent faire partie de la maladie et sont comparables à celles des autres intoxications. La dégénérescence hépatique intervient sans doute pour rendre compte des particularités cliniques. Toute lésion inflammatoire ou dégénérative du névraxe faisait défaut, par contre, il existait des dépôts de pigment rouge brun dans les parois des vaisseaux cérébraux et dans les méninges rachidiennes avec épaississement de ces dernières dans la région cervicale et une dégénérescence parenchymateuse des nerfs périphériques.

Il est des cas où l'affection évolue rapidement, s'accompagnant précocement de symptômes cérébraux (convulsions cloniques, stupeur, etc.) et où l'on trouve alors une dégénérescence très accentuée du foie, rappelant l'atrophie jaune. H. rapporte un cas de ce genre.

Une autre variété d'hématoporphyrie est l'*hématoporphyrie toxique*, consécutive à l'abus du sulfonal ou du trional, et dont les symptômes et les lésions rappellent ceux de l'hématoporphyrie essentielle. La mort en est l'aboutissant fréquent. L'hématoporphyrinurie peut se rencontrer aussi dans le saturnisme chronique et à la suite de l'anesthésie chloroformique comme H. en rapporte un cas où le chloroforme n'a peut-être joué qu'un rôle révélateur.

L'*hématoporphyrie chronique congénitale*, rare et familiale, se traduit par des poussées d'érythème survenant après exposition à la lumière vive, accompagnées d'hydroa et de pigmentation des parties découvertes, souvent de conjonctivite, d'œdème, parfois de diarrhée avec porphyrinurie, le tout durant de 2 à 5 jours. Finalement il se produit un épaississement de la peau. L'affection frappe des névropathes, mais les symptômes nerveux font défaut dans cette forme.

Le mécanisme de l'hématoporphyrinurie demeure obscur. Récemment, on a soutenu que la myohémoglobine était la source de l'hématoporphyrine: rien n'est moins démontré.

P.-L. Marie.

R. Rockwood et C. W. Barrier *Le traitement des œdèmes par les sels de calcium.* — A l'exemple de L. Blum, R. et B. ont employé les grosses doses de sels de calcium, chlorure et lactate, dans le traitement des œdèmes étendus. Ces œdèmes massifs étaient d'origine diabétique ou néphritique.

Dans 6 des 7 cas traités, l'œdème disparut complètement alors qu'il s'était montré presque toujours rebelle aux autres thérapeutiques. Dans un des cas, la part jouée par le calcium dans la disparition de l'œdème reste discutable, ce dernier ayant déjà commencé à diminuer avant l'institution du traitement calcique. Chez 2 malades atteints de néphrite (néphrose, glomérulo-néphrite chronique), une nouvelle poussée d'œdème se produisit ultérieurement qui fut jugulée par une cure calcique. Chez aucun des patients le cœur ne présentait de lésions importantes. Dans un cas de néphrite chronique glomérulaire, la fonction rénale s'améliora grandement avec la cessation de l'œdème, l'excrétion de la phénolsulfonephtaléine passant de 30 à 60 pour 100. Il se peut que l'œdème du rein, coïncidant avec l'œdème généralisé, entrave le fonctionnement rénal, la disparition de cet œdème agirait à la manière de la décapsulation. Dans un cas d'œdème diabétique, le métabolisme basal s'accrut pendant la cure calcique de — 12 à + 57; la même dose de calcium ne produisit aucun changement du métabolisme chez un sujet normal. Chez certains autres malades œdémateux, le métabolisme ne fut pas modifié. Malgré les fortes doses de calcium administrées, on ne constata pas d'augmentation de la teneur du sérum sanguin en calcium.

Dans quelques cas où l'on essaya de petites doses de sels de calcium (1 à 3 gr. par jour), l'effet sur les œdèmes fut absolument nul. Les doses usuelles employées furent de 12 à 18 gr. par jour, sous forme tantôt de lactate, tantôt de chlorure; avec le premier moins riche en calcium, les doses doivent être plus élevées. Dans certains cas, les œdèmes obéirent au lactate, plus facile à prendre que le chlorure, mais dans d'autres ce dernier se montra d'une efficacité supérieure, et chez un malade les œdèmes, non influencés par le lactate (18 gr. par jour), cédèrent au chlorure qu'on lui substitua à la dose de 9 gr. par jour. Aucun autre diurétique ne fut employé pendant le traitement. L'adjonction d'un régime pauvre en NaCl et en eau contribue puissamment à l'action de la cure calcique, bien que chez un malade qui ne fut pas soumis à ce régime, l'influence du calcium ait pu se manifester sur la diurèse et sur l'œdème.

Il est probable que l'heureux effet du régime lacté au cours des néphrites relève en partie de sa richesse en calcium, favorisant la diurèse.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIV, n° 18, 3 Mai 1924.

Marcel Labbé. ***Le diabète rénal.*** — A l'aide de quatre observations typiques, l'auteur montre que le caractère essentiel est la glycosurie sans hyperglycémie, ce qui indique une perméabilité exagérée du rein au glycose. La glycosurie est généralement modérée, de 10 à 20 gr. par jour, et ne s'accompagne pas de symptômes d'hyperglycémie (polydipsie, polyurie, gingivite expulsive, tendance aux suppurations). Elle est généralement permanente, mais parfois fait défaut à jeun et n'apparaît qu'après les repas Cela dépend du seuil du glycose : quand il est au niveau de la glycémie dans l'état de jeûne, entre 0 gr. 80 et 1 gr. 10 pour 1.000, la glycosurie se produit même à jeun; quand il est plus haut, entre 1 gr. 20 et 1 gr. 60 par exemple, la glycosurie fait défaut à jeun et apparaît au cours des repas. Il est probable que l'abondance de la glycosurie est subordonnée au niveau du seuil.

Un caractère clinique important est le défaut d'action des régimes sur la glycosurie. Assurément l'influence de l'alimentation se fait moins sentir ici que dans le diabète vrai, mais une observation attentive permet encore de l'apercevoir. Il est intéressant de déterminer chez ces malades l'aire du triangle d'hyperglycémie.

On constate fréquemment d'autres troubles fonctionnels rénaux associés : coefficient uréo-sécrétoire supérieur à la normale, imperméabilité à la phénolsulfonephtaléine, albuminurie, etc. Cette dernière est souvent apparue à la suite d'une angine. Ceci établit une relation entre la glycosurie rénale et les néphrites. On ne peut s'empêcher de songer à ces albuminuries solitaires qui sont parfois le seul symptôme d'une néphrite chronique et offrent le même pronostic favorable que les glycosuries solitaires du diabète rénal. Assez fréquemment, des troubles du fonctionnement hépatique sont aussi associés au diabète rénal.

Le diabète rénal est une infirmité bénigne, sans retentissement appréciable sur l'état général : *diabetes innocens* de Salomon. Ceci est particulièrement objectif chez les jeunes sujets. Le diabète vrai peut du reste, mais rarement, lui être associé.

Dans l'étiologie, il faut retenir deux faits : la découverte fréquente de la glycosurie à l'occasion d'une néphrite consécutive à une angine; le caractère familial fréquemment signalé de l'affection.

M L. a institué dans un cas le traitement calcique : au bout de 2 ans, la glycosurie était tombée de 32 gr. à 0 gr.25 et l'albuminurie de 0 gr 55 à 0 gr. 04.

L. Rivet.

A. Desgrez, H. Bierry et F. Rathery. ***Titrage et posologie de l'insuline.*** — Deux groupes de critiques peuvent être opposées à l'adoption de l'« unité d'insuline ». Les unes concernent l'action même du médicament chez les animaux normaux ou dépancréatés, les autres se rapportent à l'homologation chez l'homme diabétique des effets produits par le médicament sur l'animal. En effet, l'action de l'insuline sur le diabétique ne se cantonne pas seulement à son seul effet hypoglycémiant. D'autre part, le diabète constitue un état pathologique : on ne peut comparer les effets d'un médicament sur un organisme dont le métabolisme est normal et sur un autre organisme dont le métabolisme est profondément altéré. L'insuline agit enfin très différemment suivant qu'on l'injecte chez le sujet à jeun ou chez le sujet alimenté.

L'unité d'insuline ne correspond donc pas, même chez l'animal, à un titrage répondant à des effets constants. L'unité d'insuline, en tant que mode de titrage, doit être rejetée, et il convient de lui substituer un *dosage pondéral*, possible maintenant, puisqu'on peut aujourd'hui obtenir le médicament à l'état de poudre suffisamment purifiée, qui est la forme de choix du médicament.

L'*activité du produit* doit être éprouvée à l'aide de certains tests. L'essai sur l'animal indique si l'activité est suffisante pour pouvoir employer le produit sur l'homme avec chances de succès; cet essai doit être fait sur sur le chien, et les auteurs en précisent la technique ainsi que le minimum d'activité exigible.

Quant à la *posologie pour l'homme diabétique*, D., B. et R. estiment qu'il faut résolument abandonner un mode de titrage prétendant homologuer d'une façon proportionnelle les effets chez l'animal et chez l'homme. Chaque diabétique répond d'ailleurs à sa façon à l'injection d'insuline : il existe pour chacun une dose d'insuline optima qu'il faut atteindre et qu'il est inutile de dépasser : il faut la chercher chez chaque malade, en se basant à la fois sur le dosage du sucre du sang, celui de l'urine et celui des corps cétoniques et acide cétogène. On donnera au malade des quantités déterminées en poids du produit, quantités essentiellement variables suivant les sujets; ou prescrira ces doses en les élevant progressivement jusqu'à effet utile et en multipliant les injections (2 par jour au moins au début du traitement dans le diabète consomptif). En cas de coma, il faudra non seulement augmenter le nombre des injections, mais débuter d'emblée par de fortes doses.

L. Rivet.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

Tome XX, n° 20, 18 Mai.

Theodor Brugsch et Hans Horsters. ***Le foie comme organe d'élimination, et l'activité des cholérétiques, en particulier de l'atophan.*** — La bile n'est pas seulement une sécrétion. Elle possède aussi un rôle d'excrétion à l'égard des déchets organiques et des matériaux étrangers (substances colorantes, par exemple) introduits dans l'organisme. En cas de déficience rénale, la bile semble même, jusqu'à un certain point, exercer une fonction de suppléance. Enfin la bile alcaline joue certainement un rôle dans la régulation du p_H du sang.

Partant de ces données, B. s'attache à rechercher des médicaments qui soient susceptibles non seulement de provoquer une chasse biliaire dans les voies d'expulsion (cholagogues), mais surtout de rendre active la sécrétion même de la bile (cholérétique). C'est aux « cholérétiques » qu'il faudrait avoir recours dans le traitement de l'ictère. Le type de ces médicaments est constitué par les acides biliaires, mais on hésite à en administrer à des malades qui souffrent déjà du fait de l'auto-intoxication cholalique. Or l'atophan possède une efficacité presque égale à celle des acides biliaires; les expériences, que l'auteur a faites chez le chien opéré de fistule biliaire, sont démonstratives à cet égard : l'administration de l'atophan, par voie buccale, intraveineuse ou intramusculaire, provoque une augmentation de la quantité de bile sécrétée (de 8 à 800 pour 100), avec élévation du résidu sec, de l'élimination pigmentaire et de l'alcalinité.

B. signale, incidemment, qu'il a observé un effet cholérétique assez intense avec l'insuline.

J. Mouzon.

Karl Grunenberg et Hans Ullmann. ***Action de l'atophan dans les maladies du foie et des voies biliaires.*** — G. et U. ont étudié, chez l'homme, sous le contrôle de la sonde duodénale, l'action de l'atophan, dont les auteurs avaient observé l'effet expérimental chez l'animal.

Ils ont procédé de la manière suivante. Après avoir prélevé une ou deux fois la bile duodénale d'une demi-heure et déterminé la teneur du sérum en bilirubine (méthode d'Hijmans van den Bergh), ils font une injection intraveineuse ou intramusculaire d'atophan, et ils notent la courbe de l'excrétion biliaire et celle de la bilirubinémie.

Chez le sujet normal, l'injection est suivie, à partir de la deuxième demi-heure, d'une élévation de la quantité de bile excrétée et de la richesse de cette bile en pigment (45, ou même 54 unités de bilirubine au lieu de 10 avant l'injection). La cholémie n'est pas modifiée.

Au cours de l'ictère catarrhal, les mêmes modifications s'observent, plus accentuées, dans la bile duodénale; mais, de plus, l'injection d'atophan est suivie d'une baisse de la cholémie (de 5,5 à 4,2 en 2 heures par exemple), et d'une accentuation de l'urobilinurie, qui est en rapport avec la présence d'un excès de stercobiline dans les fèces. Si l'on répète les injections, l'état général, le prurit s'améliorent, le foie diminue de volume et la durée de la jaunisse se trouve notablement écourtée.

Dans un cas d'ictère catarrhal, les deux premières injections ont produit une augmentation de la quantité de bile, mais pas d'élévation du taux de bilirubine. Cette dernière n'a apparu qu'à la troisième injection, comme si la lésion de la cellule hépatique était trop profonde tout d'abord pour permettre une concentration de la bilirubine.

Dans un cas de cystadénome du hile du foie avec ictère par rétention, qui avait été opéré, et à la suite duquel s'était développée une fistule biliaire, l'effet de l'atophan fut particulièrement net, car il se manifesta à la fois sur la rétrocession de la jaunisse, sur l'accroissement et l'enrichissement de la bile duodénale et sur la fistule biliaire.

Enfin, dans la lithiase vésiculaire, l'atophan a une action sédative très nette sur les coliques.

J. Mouzon.

R Wartenberg (de Fribourg-en-Brisgau). ***La ponction sous-occipitale; sa technique; son emploi possible pour le diagnostic et pour la thérapeutique.*** — W. réserve le nom de « ponction sous-occipitale » à la petite intervention qui permet de faire pénétrer une aiguille dans le confluent cérébello-médullaire, pour soustraction de liquide céphalo-rachidien ou pour injection de produits thérapeutiques dans les espaces sous-arachnoïdiens. Cette ponction doit être distinguée de la « piqûre sous-occipitale », ou opération d'Anton et Schmieden. Cette dernière comportait en effet une incision cutanée de 8 à 12 cm., une section de la membrane atloïdo-occipitale, et quelquefois même une résection de l'apophyse épineuse de l'atlas. La « ponction » est assurément bien plus bénigne.

La technique de la ponction sous-occipitale est connue en France depuis les travaux de M. Sicard et de ses élèves. Les principes de la technique de W. sont les suivants : malade dans le décubitus latéral, la tête en flexion modérée (en position assise le liquide s'écoule mal, car la pression est négative dans le confluent cérébello-médullaire), introduction de l'aiguille sur la ligne médiane, le long de l'apophyse épineuse de l'axis qui doit servir de guide à l'aiguille; direction oblique en haut vers l'occipital; tâtonnement de la pointe de l'aiguille jusqu'à ce qu'on atteigne le trou occipital; à ce moment, perforation de la membrane atloïdo-occipitale : la direction de l'aiguille doit à ce moment rencontrer la jonction des sourcils ou le front à 2 ou 3 cm. plus haut.

Dans ces conditions, W. n'a jamais vu la ponction sous-occipitale donner lieu à aucun accident. Elle est mieux supportée que la ponction lombaire, provoque moins de maux de tête et n'est jamais suivie de phénomènes méningés. En effet, la pression négative dans le confluent cérébello-médullaire, la disposition de la dure-mère ne facilitent pas, comme à la région lombaire, l'écoulement permanent du liquide qui est à l'origine de ces accidents. Cependant la ponction sous-occipitale n'est pas destinée à remplacer la ponction lombaire dans les circonstances courantes, car sa technique est plus délicate; il est parfois difficile de la répéter souvent; elle est plus impressionnante pour le malade; on peut toujours redouter qu'une anomalie vasculaire expose à un accident grave; enfin, dans les tumeurs cérébrales à localisation postérieure, et même dans les tumeurs médullaires, la ponction sous-occipitale peut être dangereuse; dans deux cas de tumeur médullaire observés par Ayer, elle a provoqué un arrêt de la respiration.

Pour le diagnostic, la ponction sous-occipitale est indiquée lorsque, pour une raison quelconque, la ponction lombaire est impossible ou dangereuse, lorsque des renseignements utiles peuvent être fournis par la double ponction (compressions médullaires), lorsqu'il y a avantage à recueillir le liquide au voisinage d'une lésion cérébrale (pyocéphalies), enfin pour les épreuves qui doivent indiquer la perméabilité des espaces sous-arachnoïdiens (injections colorées, épreuve du lipiodol de Sicard), ou pour l'encéphalographie. Il y a intérêt, en effet, dans ce dernier cas, à insuffler le gaz le plus près possible des ventricules : la ponction sous-occipitale permet

d'obtenir un résultat avec une quantité moindre que la ponction lombaire.

Au point de vue thérapeutique, la ponction sous-occipitale est un bon procédé de décompression cranienne, dont il importe seulement de s'abstenir dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. Les dangers d'aspiration des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital paraissent moindres que pendant la ponction lombaire, puisque la ponction sous-occipitale agit plus directement sur la pression du liquide ventriculaire pour l'abaisser. Dans les méningites craniennes, la ponction sous-occipitale permet de retirer le liquide sans risquer d'infecter les méninges rachidiennes; elle peut se combiner à la ponction orbitaire. Enfin elle permet des injections de sérum antitétanique ou antiméningococcique. Ayer a pu faire, par cette voie, à plusieurs malades, plus de 10 injections de sérum. Dans le traitement des paralysies générales il peut être intéressant de se servir de cette voie pour des essais d'arséuothérapie intrarachidienne, étant donné que le cerveau supporte des doses de salvarsan 10 fois plus fortes que la moelle.

Enfin, la ponction sous-occipitale a permis des constatations physio pathologiques intéressantes : par exemple l'altération du liquide céphalo-rachidien au-dessus d'une compression médullaire (Ayer), fait qui était resté dans l'ombre jusqu'à ces derniers temps, et dont l'importance pratique est évidente.

J. Mouzon.

DEUTSCHES ARCHIV FUR KLINISCHE MEDIZIN

(*Leipzig*)

Tome CXLIV, fasc. 3, Mai 1924.

Maximilian Schindera (de Breslau). ***Les albumines du plasma sanguin dans les conditions pathologiques.*** — S. a effectué ses recherches à l'aide de microméthodes, ce qui lui a permis d'utiliser de faibles quantités de sang, et de multiplier les dosages au cours de la même maladie.

Les valeurs qu'il considère comme normales sont les suivantes : 20 milligm. au plus pour la vitesse de sédimentation ; 0 gr 1 à 0 gr. 2 6 pour 100 de fibrinogène, 7 gr. à 8 gr. 5 pour 100 d'albumines sériques, 4 gr. 2 à 6 gr. 8 pour 100 de sérine et 1 gr. 3 à 3 gr. 5 pour 100 de globuline. Le rapport globuline-sérine est, à l'état normal, de 40/60. Les résultats, à jeun, chez le sujet bien portant, sont d'une constance remarquable d'un jour à l'autre.

Les résultats pathologiques les plus intéressants sont ceux que S. a obtenus dans 6 cas de scarlatine. Dès les premiers jours de la maladie, il y a augmentation du taux de fibrinogène, en même temps qu'augmentation de la vitesse de sédimentation; puis, pendant que descendent parallèlement les courbes du fibrinogène et de la sédimentation, on assiste à une ascension des globulines : cette augmentation des globulines se maintient sensiblement plus longtemps que celle du fibrinogène : elle coïncide avec une diminution de la sérine. L'ensemble des albumines, après une phase de diminution légère, subit un accroissement à partir du 10e jour, et ne rejoint son taux normal que vers le 30e jour de la maladie.

Parmi les autres résultats enregistrés par S., les mieux caractérisés ont été obtenus dans la pneumonie (taux de fibrinogène et vitesse de sédimentation extraordinairement élevés, avec faible teneur en protéines et augmentation du quotient globuline-sérine), dans la grippe (fibrinogène et sédimentation peu modifiés ; albumines et surtout sérine très diminuées), dans le rhumatisme articulaire aigu (augmentation de la sédimentation du fibrinogène et des globulines). Chez les tuberculeux, les chiffres élevés de fibrinogène et de globuline sont d'un mauvais pronostic. La diminution du fibrinogène ne s'observe guère que dans les insuffisances hépatiques. Cependant les hépatiques n'ont pas toujours, comme on aurait pu le penser, des taux de fibrinogène abaissés. Dans la leucémie myéloïde, les constituants protéiques du plasma peuvent être entièrement normaux. Par contre, dans l'anémie pernicieuse, l'ensemble des albumines du plasma est fortement diminué.

Ces résultats apportent peut-être quelques lumières dans la question du mécanisme de la sédimentation globulaire. Il semble bien que l'accélération de cette dernière, liée à la mise en piles des hématies, soit toujours en rapport avec une augmentation des globulines ou du fibrinogène, conformément à la théorie de Starling, et contrairement à l'hypothèse électro-physique qu'avaient d'abord formulée Fahrœus et Höber.

D'autre part, ces faits nous fournissent-ils quelques données sur l'origine et sur la constitution des albumines du sang ? L'origine du fibrinogène reste bien mal déterminée, et ses variations dans les maladies du foie et dans les maladies du sang ne viennent guère étayer les théories exclusives à cet égard. Quant aux relations entre les globulines et les sérines, leur dépendance mutuelle apparaît avec évidence sur les courbes qui montrent leurs variations en fonction inverse l'une de l'autre. Mais les globulines viennent-elles des sérines ? On est-ce l'inverse ? C'est une question à laquelle il serait encore téméraire de répondre.

J. Mouzon.

E. Jürgensen (de Munich). ***Observations capillaroscopiques et circulation extracardiaque.*** — L'existence d'éléments contractiles et de nerfs vasomoteurs au niveau des capillaires reste toujours une question à l'étude. J. s'est appliqué à la résoudre par la méthode capillaroscopique. Il a utilisé, à cet effet, un microscope binoculaire Zeiss, qui ne donne qu'un grossissement de 300, et qui ne permet, par suite, de percevoir aucun détail, mais qui a l'avantage de donner une meilleure idée du relief et un champ plus étendu.

Une anse capillaire bien différenciée se compose des éléments suivants : une branche artérielle étroite; puis, non loin du sommet de l'anse, une dilatation en entonnoir : la pièce intermédiaire; enfin, juste au sommet de l'anse, un léger étranglement, qui sépare cette dernière de la branche veineuse.

Or les expériences de stase provoquée permettent parfois des constatations curieuses au niveau de la pièce intermédiaire. La constriction de l'avant-bras par une manchette pneumatique, jusqu'à arrêt complet de la circulation dans l'anse capillaire, provoque, d'habitude, une dilatation de toute l'anse capillaire. Chez un morphinomane hypertendu, cette dilatation se limitait à la branche veineuse et à la pièce intermédiaire, qui était gonflée à se rompre ; mais l'anse artérielle restait rétrécie au maximum. Y a-t-il là intervention d'éléments contractiles actifs (cellules de Rouget) ? Y a-t-il plus simplement instabilité particulière des endothéliums capillaires à l'égard de l'excitant chimique que représente le sang veineux en état de stase ? Ou bien encore y a-t-il excitation réflexe ou même directe des vaso-constricteurs par le brassard compresseur? Des effets de vaso-constriction du même ordre interviennent sans doute dans l'inhibition du pouls artériel qu'on observe parfois, soit pendant la sympathectomie (Leriche), soit pendant la mesure de la tension artérielle chez les hypertendus (phénomène du « trou auscultatoire »).

La dilatabilité élective de la pièce intermédiaire est importante à connaître quand on veut se rendre compte du mécanisme des hémorragies capillaires. La dilatation anévrismatique de la pièce intermédiaire ou l'extravasation sanguine à travers sa paroi ont pu être constatées, grâce à la capillaroscopie, dans des cas de compression veineuse par goitre (O. Muller), de maladie de Raynaud (Parrisius, Jurgensen), de purpura simplex (Jürgensen).

Particulièrement intéressantes ont été les observations dans un cas de maladie de Raynaud grave avec gangrène, car elles ont abouti à un résultat thérapeutique. L'examen des anses capillaires montrait dans ce cas, non pas de véritables mouvements péristaltiques, comme on l'a prétendu, mais un faux péristaltisme, dû à l'aspect granuleux de la colonne sanguine, et aux déformations mobiles qui en résultaient sur l'anse capillaire. Parfois aussi, on pouvait observer, dans la pièce intermédiaire, des colorations alternativement rouges et violettes, comme si cette région était le siège d'une sorte de tourbillon, avec reflux intermittent de sang veineux. Ce fait est intéressant pour expliquer la formation de dilatations anévrismatiques de la pièce intermédiaire.

Le traitement employé dans ce cas a consisté en séances de compression de l'avant-bras à l'aide de la manchette pneumatique, destinée à exciter les vasomoteurs.

La pression réalisée était de 2 cm. au-dessous de la maxima. On interrompait dès que, à l'examen capillaroscopique, les anses capillaires les plus rouges prenaient une teinte violette, c'est-à-dire le plus souvent au bout de 10 à 15 minutes. On renouvelait 3 fois la manœuvre, si bien que chaque séance durait une heure environ. Dès la première séance, il y eut accélération de la circulation dans les capillaires, avec sensation de chaleur, atténuation des douleurs, non seulement du côté où avait été réalisée la compression, mais encore du côté opposé. Au bout de 10 jours, les troubles trophiques étaient cicatrisés. La circulation capillaire paraissait normale, sauf une légère altération dans les jours qui précédaient les règles. Seules les dilatations anévrismatiques de certaines anses étaient restées immuables : il semble que ce soient là des lésions définitives.

Au point de vue physiologique, J. conclut, de l'ensemble de ses observations, que l'existence d'éléments contractiles spécialisés dans les capillaires n'est pas démontrée, mais que la circulation y est réglée non pas tant par des facteurs purement mécaniques, comme dans les artères et dans les veines, mais par des forces physico-chimiques qui varient d'un territoire capillaire à l'autre (le réseau sous-papillaire, lorsqu'il est visible à la capillaroscopie, n'a pas toujours le même régime que le réseau papillaire) et qui agissent sur les endothéliums capillaires.

J. Mouzon.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(*Leipzig*)

Tome XL, fasc. 1, Avril 1924.

A. Jesionek (de Giessen). *Ectotuberculine.* — Partant de cette considération que les cultures de bacilles tuberculeux se composent, pendant un certain laps de temps au moins, exclusivement, ou presque, de bacilles vivants et que ces bacilles vivants excrètent, dans le milieu de culture, des produits d'échanges organiques, J. a cherché à obtenir une *ectotuberculine* avec le liquide de cultures en bouillon de bacilles tuberculeux.

L'expérience a montré que, pour avoir une ectotuberculine pure, c'est-à-dire exempte, autant que possible, d'endotoxines bacillaires, il convient d'employer, de préférence, des cultures âgées de 3 à 4 semaines, poussées dans de petits matras ne contenant pas plus de 20 à 30 cmc de milieu nutritif.

Les cultures employées à cet effet doivent, autant que possible, provenir directement de foyers morbides humains et n'avoir pas subi de trop nombreux passages à travers l'organisme animal ou à travers des milieux nutritifs artificiels.

En cherchant à obtenir une ectotuberculine pure, J. se proposait de provoquer, par injection intracutanée de cette préparation à des sujets atteints de lupus, des foyers abacillaires susceptibles de rendre réfractaires à l'exotoxine le tissu cellulaire non encore atteint.

Or, au cours de ses recherches, J. fut à même de constater qu'à côté d'une réaction locale et d'une réaction focale, l'injection intracutanée d'ectotuberculine déterminait aussi une réaction générale se traduisant notamment par une élévation thermique considérable.

Fait curieux, en règle générale, les foyers tuberculeux qui ont été le siège d'une réaction focale intense ont présenté des processus de guérison, et, parfois, on a vu se produire la guérison complète après une seule injection.

L. Cheinisse.

Fasc. 2, Mai.

H. Grau (de Honnef). ***Contribution au diagnostic et au pronostic des cavernes et au pronostic des tuberculoses graves.*** — G. passe en revue les difficultés que peut présenter le diagnostic des cavernes pulmonaires. Si les râles à grosses bulles, les gargouillements constituent le signe le plus caractéristique du syndrome cavitaire, il s'en faut, cependant, que tous les cas de tuberculose active avec cavernes se traduisent par ce symptôme. D'autre part, la radiologie, qui rend de précieux services pour le dépistage de ces cavernes « muettes » à l'auscultation, est loin d'être infaillible. C'est ainsi que certaines adhérences pleurales peuvent simuler l'image d'une caverne.

Au point de vue du pronostic, G. a pu être fixé sur le sort de 233 tuberculeux graves (3e période d'après la classification de Turban-Gerhardt) 2 ou 3 ans après leur sortie du sanatorium.

Voici les résultats de cette enquête, groupés suivant que les malades avaient ou non présenté des

râles à grosses bulles pendant leur séjour dans le sanatorium :

	Avec râles à grosses bulles	Sans râles à grosses bulles
	p. 100	p. 100
Capables de travailler	33	50
Incapables de travailler	15	18
Morts	52	32

Un autre élément qui a une signification pronostique importante est constitué par l'âge du malade. A cet égard, les observations recueillies par G. se répartissent ainsi qu'il suit :

	Capables de travailler	Incapables de travailler	Morts
	p. 100	p. 100	p. 100
Jusqu'à 20 ans (53 malades)	23	28	49
Entre 20 et 40 ans (143 malades)	41	14	45
Au delà de 40 ans (37 malades)	43	22	35

Ainsi donc, à mesure que l'on avance en âge, le pronostic devient plus favorable.

Il faut, enfin, tenir compte aussi de la durée de la tuberculose avant la cure. A ce point de vue, les cas étudiés par G. donnent le tableau que voici :

	p. 100	
Moins de 6 mois	21	Ensemble 47 p. 100
De 6 mois à 1 an	26	
De 1 à 2 ans	25	
Plus de 2 ans	28	

Pour les cas ayant abouti à l'issue fatale, cette répartition se présente de la façon suivante :

	p. 100	
Moins de 6 mois	22	Ensemble 51 p. 100
De 6 mois à 1 an	29	
De 1 à 2 ans	22	
Plus de 2 ans	25	

Ainsi donc, dans près de la moitié de tous les cas et dans un peu plus de la moitié des cas mortels, une tuberculose progressive grave du 3e degré s'est constituée déjà au bout de 6 mois à 1 an après l'apparition des premiers symptômes subjectifs. Il ne s'agissait pas ici de ces phtisies chroniques s'étendant lentement du sommet vers le bas, mais de formes graves d'emblée.

Il va de soi que la réunion des trois éléments en question aggrave particulièrement le pronostic. En tout, il y avait 26 malades au-dessous de 20 ans qui présentaient des râles à grosses bulles et dont la tuberculose remontait à moins de 1 an. Or, sur ce nombre, G. n'en trouva que 4 capables de travailler ; 22, c'est-à-dire 85 pour 100, étaient incapables de travailler ou avaient succombé. L. Cheinisse.

Hillenberg (de Halle). ***Nouvelle contribution à l'étude de la phtisiogenèse et de la lutte contre la tuberculose.*** — En se basant sur une enquête portant sur 285 cas, H. montre que, à l'encontre de l'opinion généralement admise, la proportion des tuberculoses avec infection précoce nettement établie est de beaucoup inférieure à celle des cas avec infection tardive. Pour l'ensemble des sujets au delà de 14 ans, la première est seulement de 17,7 pour 100, alors que l'infection tardive est représentée par 30,5 pour 100.

Aussi H. estime-t-il que la théorie qui attribue à la tuberculose des adultes une origine surtout infantile doit être définitivement abandonnée. La lutte contre la tuberculose doit plutôt s'inspirer de cette idée que le bacille tuberculeux présente pour tout adulte le même danger que pour les sujets jeunes.

Cette lutte devrait, d'après H., comporter, entre autres choses, l'isolement forcé de certains cas de tuberculose ouverte. A côté des sanatoria destinés aux tuberculeux curables, il faudrait en avoir d'autres pour des cas défavorables et qui doivent être exclus de la société uniquement afin de préserver les bien portants. L. Cheinisse.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Tome LXXIV, n° 22, 24 Mai 1924.

Richard Wagner. ***Prédisposition à la xérophtalmie et fonction hépatique.*** — Chez le rat, le régime privé de vitamine A liposoluble entraîne un arrêt de la croissance au bout de 10 à 13 jours ; mais les signes oculaires n'apparaissent qu'après 6 à 8 semaines. Jusqu'à ce dernier délai, l'organisme utilise les réserves de vitamine A qui lui restent. Ces réserves sont principalement localisées dans le foie, et c'est ce qui explique la richesse du foie de morue en principe liposoluble, et le traitement traditionnel de l'héméralopie à l'aide du foie de mouton.

Chez l'homme sain, il faut en moyenne 6 mois de régime sans vitamine A pour qu'apparaisse la xérophtalmie, mais il semble que, au cas d'affection hépatique, ce délai devienne beaucoup moins long, ce qui confirmerait encore le rôle que joue le foie dans la mise en réserve de cet aliment. W. a observé 4 fois ce fait : une première fois, chez une petite fille de 9 ans, qui avait une grosse tumeur du foie et une hypoglycémie extrême (moins de 0 gr. 02). On supprima complètement les corps gras de son régime, et au bout de 5 semaines on vit déjà apparaître une xérophtalmie bilatérale. Les deux observations suivantes sont celles de deux jumeaux de 3 mois, nés avant terme, hypothrepsiques, ictériques, hépato et splénomégaliques, qui présentèrent l'un et l'autre de la xérophtalmie. Ils étaient alimentés avec du lait de vache coupé, et l'alimentation de la mère avait été très réduite durant la grossesse du fait de vomissements répétés. Enfin, le dernier cas est également celui d'un nourrisson de 2 mois, ictérique, hépato et splénomégalique, qui présentait des lésions cornéennes bilatérales, avec perforation de la cornée et hernie de l'iris du côté droit. Cet enfant était nourri au lait de vache coupé d'eau. L'enfant mourut peu après. Dans ces 3 derniers cas, l'ictère était vraisemblablement dû à une sténose des voies biliaires principales. J. Mouzon.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Tome XXXVII, n° 21, 22 Mai 1924.

F. Brunn et F. Mandl. ***L'injection paravertébrale dans le traitement des douleurs viscérales.*** — Les injections paravertébrales de novocaïne proposées d'abord pour l'anesthésie dans les opérations abdominales (Laewen, Kappis, Finsterer, Siegel), puis pour le diagnostic des affections douloureuses abdominales (Laewen, Kappis et Gerlach, Cf. *La Presse Médicale*, 8 Décembre 1923, Anal. p. 151), paraissent être appelées surtout à fournir une nouvelle arme thérapeutique contre certains syndromes douloureux abdominaux et thoraciques. B. et M., dans le service de Pal, ont réalisé des injections paravertébrales chez 23 malades. Ils indiquent leur technique qui leur permet d'éviter toute complication et d'agir sur le nerf radiculaire en dedans du ramus communicans. Pour écarter tout danger d'intoxication par la novocaïne, ils injectent seulement 10 à 15 cmc de solution de novocaïne à 0,5 pour 100.

Dix des injections ont été pratiquées dans des cas de cholécystites très douloureuses qui résistaient aux moyens médicaux habituels. L'aiguille était enfoncée à hauteur de la 9e épineuse dorsale du côté droit. Au moment de l'injection, les patients éprouvaient généralement une recrudescence de leur douleur vésiculaire, et ils avaient l'impression que l'aiguille pénétrait jusqu'en avant à l'intersection du rebord costal et du bord externe du grand droit. Mais, quelques secondes après, les douleurs disparaissaient, et le plus souvent d'une manière définitive. Tous les patients restèrent au moins une semaine à l'hôpital après leur piqûre et n'éprouvèrent plus aucune douleur. 8 d'entre eux donnèrent ultérieurement de leurs nouvelles. L'un d'eux fut repris de douleurs 4 semaines après. Les 7 autres sont restés bien portants respectivement 5 semaines, 5, 6 et 8 mois après l'injection.

2 cas de colique néphrétique furent traités avec succès par l'injection à hauteur de D12. Neuwirth a même obtenu un excellent résultat dans une anurie calculeuse.

Dans les affections gastriques ou vésiculaires, les injections paravertébrales ne sont pas utilisables : elles devraient être multiples, et, de ce fait, trop désagréables pour le malade. D'autre part, elles suppriment la défense abdominale, et, si elles permettent ainsi une palpation plus facile des plans profonds, elles privent le médecin d'un symptôme souvent précieux de réaction péritonéale.

Dans 6 cas d'angine de poitrine qui avaient résisté au traitement médical, B. et M. ont eu également recours à l'injection paravertébrale. Mais au lieu d'injecter à la région cervicale, comme l'a fait Kappis, ils ont préféré agir sur les quatre premières dorsales du côté gauche. Le résultat a été satisfaisant dans les 6 observations, mais le succès a été plus ou moins durable. C'est donc là un procédé à retenir dans le traitement des angines de poitrine et des aortalgies rebelles. L'injection paravertébrale est loin, d'ailleurs, de présenter les mêmes dangers que les traitements chirurgicaux qui ont été proposés (en particulier la sympathicectomie). Mais il importe désormais de n'injecter que les 3 premières dorsales, car, toutes les fois que B. et M. ont agi sur D4, ils ont observé de la fièvre et des phénomènes dyspnéiques, qu'ils attribuent à la paralysie de rameaux sympathiques dilatateurs des bronches. J. Mouzon.

Prof. C. Mayer (d'Innsbrück). ***Réflexe bilatéral et croisé des articulations métacarpo-phalangiennes et autres réflexes croisés dans une encéphalopathie infantile.*** — La flexion forcée de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'un des 4 derniers doigts produit généralement une contraction réflexe des muscles de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar, avec mouvement du pouce et contraction du palmaire cutané. Il s'agit là d'un véritable réflexe articulaire, puisque l'anesthésie de l'articulation le fait disparaître. Ce réflexe existe chez le sujet normal, et se limite au côté excité. Il n'est modifié, par les excitations répétées, ni dans le sens de la fatigabilité, ni dans le sens d'une sommation des excitations. La contraction réflexe persiste tant que se poursuit le mouvement passif qui la déclenche. Sur ce point, le réflexe de l'articulation métacarpo-phalangienne se rapproche des réflexes de position de Kleijn et de Magnus. Le calcul du temps perdu entre l'excitation et la contraction indique que le réflexe est vraisemblablement médullaire. Cependant les lésions cérébrales le modifient profondément, puisqu'il disparaît dans l'hémiplégie, et cela non pas d'une façon passagère, comme les réflexes tendineux ou périostés, mais d'une façon définitive, si la paralysie est permanente.

Dans certains cas pathologiques, ce réflexe peut être croisé : C. Mayer, C. Hoffmann, Stiefler, Kurz en ont vu des exemples. Il s'agit généralement d'hémiparésies datant de l'enfance. La flexion forcée de la 1re phalange du côté parésié ne provoque, dans ce cas, aucun réflexe, alors que, pratiquée du côté sain, cette manœuvre détermine le réflexe du côté parésié. M. n'avait jusqu'alors vu qu'un cas où l'excitation, aussi bien du côté gauche que du côté droit, provoquait le réflexe croisé.

L'observation rapportée par M. dans cet article est celle d'un adolescent de 14 ans, débile et hydrocéphale, chez qui le réflexe des articulations métacarpo-phalangiennes est croisé, aussi bien à gauche qu'à droite. On peut, en outre, constater chez lui une série d'autres phénomènes croisés : la contraction de l'éminence hypothénar d'un côté peut être déterminée par mobilisation passive des doigts, par adduction de la main, par massage des muscles, ou même par pincement ou excitation thermique du tégument du côté opposé, etc... D'autre part, le réflexe irradie aux fléchisseurs du poignet, aux interosseux et aux lombricaux.

M. remarque que ce réflexe ne s'observe que dans les lésions qui datent de l'enfance. Ce trouble suppose sans doute que les faisceaux atteints ne sont pas encore arrivés à leur complet développement. Il est en effet curieux de constater que le réflexe des articulations métacarpo-phalangiennes fait défaut chez l'enfant normal, alors que, par contre, les syncinésies symétriques de Curschmann sont fréquentes, et que le réflexe plantaire en extension, le réflexe crémastérien ont souvent, chez lui, une tendance à s'accompagner d'une réponse consensuelle qui traduit sans doute la forme originelle du réflexe. J. Mouzon.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

Tome LX, n° 45, 15 Avril 1924.

E. B. Salen. ***Recherches sur l'urobilinurie.*** — S. a cherché à élucider le problème encore controversé de l'*urobilinurie physiologique*. Certains auteurs admettent que l'urine de l'adulte contient normalement de petites quantités d'urobiline ou d'urobilinogène (Jaffé, Gehrardt, Saillet, Brulé et Garban, etc.), mais d'autres, tels que Nencki, Dedichen, Gregersen, Labbé et Carrié, estiment que l'existence d'une urobilinurie physiologique est des plus douteuses. D'autre part les auteurs qui ont soutenu la

réalité de cette urobilinurie ne se sont guère occupés de déterminer ses fluctuations ni d'en approfondir la genèse.

S. a employé la technique de Schlesinger à l'acétate de zinc, en transformant au préalable l'urobilinogène en urobiline en addition de teinture d'iode. La fluorescence était recherchée habituellement à un fort éclairage (lampe à arc) dans la chambre noire. En outre S. a déterminé le taux de la dilution faisant disparaître toute fluorescence. L'urine provenait de 3 jeunes gens sains, soumis à une alimentation mixte et ne consommant pas d'alcool. Dans ces conditions, avec l'urine totale des 24 heures, on obtient, même si on lit la réaction à la lumière du jour, une fluorescence faible, mais nette. L'évaluation de son intensité par la méthode des dilutions donne rarement un chiffre de 20, exceptionnellement supérieur, jusqu'à 60. Donc une réaction de Schlesinger positive assez forte avec l'urine des 24 heures ne prouve pas nécessairement qu'il s'agit d'une urobilinurie pathologique. Un résultat faiblement positif ne permet pas de décider s'il y a état physiologique ou pathologique. Si l'on fait porter l'examen sur des échantillons prélevés à divers moments du nycthémère, on s'aperçoit que le taux de l'urobiline excrétée varie; elle se trouve dans certaines portions de l'urine à une concentration assez forte parfois pour donner un chiffre de 120 à la dilution et une fluorescence qu'on peut qualifier de très positive. Donc une réaction assez fortement positive obtenue sur un échantillon d'urine prélevé au hasard au cours de la journée ne signifie aucunement qu'il s'agit d'une urobilinurie d'origine pathologique. Les variations de l'urobiline ne doivent pas être mises sur le compte de variations de la diurèse conditionnant des différences dans sa densité. Elles sont en relation étroite au contraire avec les repas; il se produit une augmentation rapide, plus ou moins accentuée, de l'urobiline quelques heures après les repas, suivie d'une diminution rapide au bout de plusieurs heures, si bien qu'avec la réaction de Schlesinger, sa quantité peut devenir trop faible pour être décelée. Cette constatation explique sans doute les divergences des auteurs sur l'existence d'une urobilinurie physiologique, en particulier l'opinion de ceux qui ont soutenu l'absence d'urobilinurie pendant la nuit et sa présence pendant le jour, l'absence d'urobiline pendant les premiers jours du jeûne. En effet si le repas du soir n'est pas pris très tard et si l'urine est évacuée 4 à 5 heures après, l'urine suivante de la nuit est pratiquement dépourvue d'urobiline; c'est le contraire si le repas est pris tardivement ou si le sujet s'alimente durant la nuit. Si l'on déplace les repas, on déplace en même temps l'apparition des quantités maximum d'urobiline. Du point de vue clinique, il est donc recommandable d'examiner l'urine sécrétée 5 à 6 heures au moins après le dernier repas, c'est-à-dire la première urine du matin; dans ces conditions une fluorescence positive faible doit être considérée comme pathologique. Toutefois il existe des accroissements de l'urobiline de caractère plus accidentel; certains paraissent liés aux règles, à la grossesse; d'autres qui se prolongent plusieurs jours, comme chez un des sujets de S., sont inexplicables. L'influence des repas sur l'excrétion de l'urobiline reste encore mystérieuse. Les repas dépourvus d'albumines ont la même action que les repas riches en albumines.

Cette urobilinurie physiologique constitue une grave objection à la théorie entérogène de l'urobiline; ses variations étendues au cours des 24 heures rendent inadmissible l'hypothèse d'une résorption d'urobiline intestinale par les veines hémorroïdales, évitant le passage dans le foie, et celle d'une résorption à travers les voies biliaires par le système cave, qui avaient été formulées précisément pour pouvoir expliquer l'urobilinurie physiologique. Les variations de cette dernière contredisent également la théorie de l'origine tissulaire de l'urobiline défendue par Brulé et Garban. Il est difficile, d'ailleurs, de proposer une explication acceptable de ces variations.

P.-L. Marie.

E. Wiltrup. ***Recherches sur les infiltrations du tissu sous-cutané.*** — W. désigne sous le nom d'infiltration du tissu sous-cutané ce que l'on appelle habituellement cellulite. Elle se caractérise par la consistance pâteuse de la peau rappelant celle qu'on trouve au voisinage d'un abcès, par l'impossibilité ou la difficulté de faire des plis à la peau, par la présence dans le tissu cellulaire de granules très durs, plus ou moins groupés en amas, semblables à des grains de sable ou à des grêlons, donnant à la main qui palpe la peau préalablement lubrifiée une sensation très différente de celle que procure la lobulation volumineuse et molle d'un tissu cellulo-graisseux normal. Il est fréquent en outre que même après une palpation légère il se produise une ecchymose, témoin de la fragilité vasculaire dans les zones infiltrées. Le plissement de la peau éveille une légère douleur. Au moyen de l'élastomètre de Schade, W. a pu objectiver la diminution de l'élasticité des téguments qui présentent les caractères qui viennent d'être énumérés. L'application du poids sur la peau, suivie de son enlèvement, donne avec cet appareil une courbe qui chez le sujet normal est caractérisée par une ascension verticale suivie d'un plateau horizontal taut que dure l'application du poids, puis d'une descente verticale jusqu'au niveau initial. Au cas d'œdème, la ligne de montée est très oblique, il n'y a pas de portion horizontale, le niveau le plus élevé reste inférieur à celui qui est atteint chez le sujet normal, la descente correspondant à l'ablation du poids est oblique. Au cas de cellulite, la courbe présente d'abord une ascension de moindre amplitude qu'à l'état normal, suivie d'une élévation secondaire lentement progressive; à la descente succède également une chute secondaire lente semblable à celle qu'on constate dans l'œdème. Les élastogrammes fournissent donc la preuve manifeste de la présence de modifications du tissu sous-cutané, modifications dont on a souvent nié l'existence et la valeur pathologique.

L'examen histologique des biopsies n'a pas mis en évidence les granules décelés par la palpation, non plus qu'aucune lésion inflammatoire. Les constatations élastométriques permettent d'interpréter les modifications observées comme le résultat d'une infiltration de liquide; il ne s'agit pas d'œdème banal, mais vraisemblablement d'un état d'imbibition exagérée des fibres du tissu conjonctif, expression d'un trouble de constitution colloïdale, et la perception des granules indique simplement que les globules graisseux normaux sont soumis à une tension plus grande qu'habituellement. Le terme d'infiltration sous-cutanée est donc justifié.

P.-L. Marie.

MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN FAKULTAT DER KAISERLICHEN UNIVERSITAT ZU TOKYO

(Tokyo)

Tome XXXI, n° 1, Avril 1924.

S. Matsui. ***Anatomie pathologique et pathogénie de la sclérodermie généralisée.*** — M., qui a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de 6 malades atteints de sclérodermie généralisée, donne ici un compte rendu fort détaillé de ses constatations qu'il met en parallèle avec celles qui ont été faites antérieurement.

M. insiste d'abord sur le point suivant : la sclérodermie n'est pas limitée à la peau seulement, c'est une maladie qui affecte tous les organes. Les deux processus les plus fréquents et les plus caractéristiques sont la prolifération du tissu conjonctif et les modifications spéciales des petites artères qui se manifestent dans les divers organes et peuvent entraîner des troubles fonctionnels variés.

L'aorte est hypoplasique et rappelle celle des chlorotiques. Les petites artères des viscères et celles des doigts présentent deux sortes de modifications: épaississement hypertrophique plus ou moins accusé de la musculature lisse de la tunique moyenne, épaississement fibreux très marqué de la tunique interne. Il est très vraisemblable que l'hypertrophie et la contraction spasmodique de la tunique moyenne représentent le processus initial, tandis que l'épaississement fibreux n'est que secondaire; dans les artères digitales se voient souvent des thrombus. Le rétrécissement des vaisseaux produit par ces thrombus ou l'épaississement fibreux peut occasionner des troubles circulatoires très marqués ou même de la gangrène sèche. La sclérose des organes ne consiste pas seulement dans l'hyperplasie des fibres conjonctives et élastiques, elle s'accompagne aussi de dégénérescences diverses de ces fibres. Dans les cas avancés le tissu de sclérose est presque dépourvu de capillaires et de cellules et subit une transformation cicatricielle qui peut entraîner la rupture, puis la disparition des fibres élastiques. Dans quelques cas, on note une infiltration plus ou moins nette de cellules rondes et de cellules plasmatiques autour de petites artères de la peau et des muscles. Bien que la sclérose conjonctive et les lésions artérielles soient généralisées, elles affectent une prédominance dans tel ou tel organe suivant les cas. M. croit que ces deux ordres de lésions représentent deux processus indépendants l'un de l'autre, car aucun parallélisme n'existe entre eux.

L'épiderme et ses glandes annexes sont plus ou moins atrophiés, les gaines épithéliales des follicules pileux ont disparu, tandis que leurs gaines conjonctives sont épaissies. La kératinisation de la peau est souvent incomplète. L'hyperpigmentation cutanée est fréquente et souvent aussi intense que dans la maladie d'Addison. Au niveau des aires de sclérose cicatricielle se produit ultérieurement de la leucodermie. La musculature lisse de la peau (muscles érecteurs des poils) est très hypertrophiée.

Du côté de la muqueuse digestive on constate aussi le processus de sclérose, parfois de l'hypertrophie de la muscularis mucosæ, de l'atrophie de la couche musculaire longitudinale.

Les muscles volontaires, atrophiés, sont le siège de dégénérescences variées (disparition de la striation, dégénérescence cireuse, etc.), qui paraissent d'origine musculaire proprement dite et non nerveuse.

Les os présentent des lésions d'ostéoporose qui prédominent sur les phalanges terminales. L'atrophie des extrémités s'oppose aux lésions inverses de l'acromégalie.

La moelle osseuse tend à devenir aplastique et la rate subit une hypertrophie compensatrice. On peut trouver des embolies de mégacaryocytes médullaires dans le poumon. Ces altérations des tissus hémopoïétiques semblent une conséquence de l'espèce d'intoxication qui paraît être à la base de la sclérodermie.

Du côté du poumon les processus sclérodermiques occasionnent du ratatinement de l'organe qui peut conduire à des troubles de la petite circulation et à de la dilatation du cœur droit, et semblent favoriser l'installation de la tuberculose, si fréquement associée à la sclérodermie.

Les reins présentent souvent une transformation conjonctive de certains glomérules, de la dégénérescence des tubes urinifères, de la prolifération circonscrite du tissu conjonctif, qui, parfois très accusée, peut ne s'accompagner d'aucune modification notable des glomérules et des vaisseaux.

L'utérus est souvent petit, stigmate de la constitution hypoplasique.

Du côté des glandes endocrines, il faut signaler la forte diminution des cellules chromophiles de l'hypophyse, particulièrement des cellules basophiles, qui contraste avec les constatations inverses faites dans l'acromégalie; les cellules chromophobes (cellules principales) sont hypertrophiées. Les surrénales sont volumineuses, la médullaire est hypertrophiée et donne une réaction chromaffine intense, l'hypertrophie de la musculature lisse de la veine centrale est particulièrement frappante et suggère que l'hypertrophie analogue qu'on constate dans tout l'organisme pourrait bien résulter de la suractivité de la médullaire. La sclérose plus ou moins nette de la thyroïde et les altérations de la substance colloïde paraissent indiquer que ses fonctions sont défectueuses.

L'ovaire présente une disparition et une atrophie remarquables des cellules ovulaires, témoins d'un hypofonctionnement très accusé qui va de pair avec les troubles menstruels et offre des analogies avec la constitution chlorotique.

En ce qui concerne la pathogénie de la sclérodermie, M. soutient que l'hypertrophie et la contracture spasmodique de la tunique moyenne, l'épaississement fibreux de la tunique interne des petites artères et la sclérose conjonctive des organes sont les 2 processus dominants, mais qu'ils sont indépendants l'un de l'autre, bien qu'ils coïncident généralement.

Comme l'étiologie proprement dite de la sclérodermie est encore inconnue, la genèse de ces altérations ne peut être encore précisée. Mais il est très plausible d'admettre que les modifications accentuées presque constamment signalées au niveau des glandes endocrines jouent un grand rôle dans l'étiologie de la sclérodermie généralisée, sans qu'on puisse déterminer actuellement le mécanisme intime de ce rôle.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Tome XIV, n° 25, 21 Juin 1924.

Brindeau et Lantuéjoul. *Quelques réflexions sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte.* — Le diagnostic des vomissements incoercibles est souvent complexe et les erreurs possibles sont susceptibles d'être classées en 3 catégories : vomissements provenant d'une maladie concomitante ; simulation ; vomissements hystériques.

1° La 1re catégorie est importante, car souvent il s'agit de maladies graves. Les auteurs rappellent à ce sujet le travail de Paul Perrin sur les vomissements graves de la gestation, causés par des lésions du système nerveux : tabes, méningite tuberculeuse, tumeurs encéphaliques, lésions bien supportées jusque-là et qui ne sont plus tolérées du fait de l'état gravidique. Perrin insiste sur la nécessité absolue d'un examen neurologique complet, en présence d'un syndrome de vomissements graves.

2° Les erreurs par simulation peuvent être évitées si les femmes sont soumises à une surveillance attentive. Les erreurs par exagération appellent la même remarque.

3° Les auteurs abordent ensuite le problème plus complexe des vomissements hystériques. Doléris, Mathieu, Kaltenbach ont montré le grand rôle joué par l'hyperexcitabilité du système nerveux chez la femme enceinte. Mathieu et J.-Ch. Roux ont écrit des lignes qu'il faut citer : « Les vomissements incoercibles de la grossesse sont souvent de nature hystérique. Pendant les premiers mois presque toutes les femmes enceintes ont des nausées et des vomissements espacés qui paraissent tenir à un développement progressif de l'utérus ou à quelque état d intoxication mal défini. Mais souvent des conditions morales toutes particulières donnent à ces vomissements une allure plus grave. Les attentions multiples de l'entourage, les précautions prises contre les vomissements, les mines des convives au début du repas dès que se produit le moindre malaise, agissent comme autant de suggestions puissantes. Il n'en faut pas plus pour graver dans l'esprit d'une jeune malade prédisposée l'idée de la nécessité du vomissement. C'est dans ces conditions que se développent les vomissements incoercibles de la grossesse, qui ont parfois une évolution si grave. »

MM. Brindeau et Lantuéjoul se demandent ensuite comment distinguer les vomissements incoercibles hystériques de eux qui seraient dus à une cause organique, telle qu'une auto-intoxication.

Ils rappellent à ce sujet la thèse de Beloux, inspirée par Potocki, laquelle établit bien que des vomissements incoercibles pithiatiques peuvent aboutir à un tableau clinique extrêmement grave et guérir, cependant, par simple persuasion.

Ces vomissements peuvent-ils aboutir à la mort ? La démonstration est impossible à établir, mais le fait est vraisemblable.

En fait, aucun symptôme clinique ne peut permettre le diagnostic entre les vomissements pithiatiques et les vomissements d'autre nature. « Il se peut, ont écrit Mathieu et J.-Ch. Roux, que tous les vomissements incoercibles de la grossesse ne relèvent pas de l'hystérie, et que quelquefois, ils tiennent à une auto-intoxication profonde ou à une insuffisance du foie. Mais nous ne connaissons aucun signe qui permette de distinguer cette forme des vomissements incoercibles névropathiques. »

L'échec du traitement par la suggestion n'a pas de valeur pour éliminer l'origine hystérique des accidents.

D'autre part, aux accidents primitifs, ne tardent pas à se surajouter des accidents secondaires dus à la déshydratation et à l'inanition ; sur ces accidents secondaires, la suggestion ne peut rien. En somme, il est bien difficile de dire que les vomissements incoercibles ne sont pas pithiatiques.

Faut-il nier l'existence de vomissements essentiellement gravidiques ? M. Siredey a dit justement, au cours d'une discussion sur ce sujet, qu'il fallait se garder des mots *jamais* et *toujours*.

MM. Brindeau et Lantuéjoul inclinent cependant à croire que les vomissements incoercibles sont en immense majorité, sinon en totalité, d'origine pithiatique pour les raisons suivantes : il sont inexistants dans la clientèle particulière des accoucheurs qualifiés qui en voient seulement en consultation ; ils n'entraînent pas la mort *in utero* du fœtus à la différence de l'éclampsie ; quand ils guérissent, la guérison est remarquablement rapide.

On ne peut cependant pas dire qu'il n'y ait rien d'organique à la base ; il y a là une association de l'hystérie à un autre facteur pathologique, comme dans l'hystéro-traumatisme.

Les auteurs insistent sur l'importance thérapeutique de l'isolement, sur une psychothérapie menée avec douceur, autorité et minutie, sur la nécessité d'hydrater ces femmes. Ils exposent enfin les réserves qu'appelle la pratique de l'avortement thérapeutique.

Henri Vignes.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

6e série, Tome V, 5 Mai 1924.

Bonnefous et Valdiguié. *Hypercholestérinémie et lipomatose.* — Par analogie avec l'hypercholestérinémie du xanthome, B. et V. ont recherché le taux de la cholestérine dans le sang des malades atteints de lipomatose ; les lipomes semblent être, comme les xanthomes, des formations en rapport avec le métabolisme basal et avec des formes ou des activités cellulaires spéciales.

Dans 2 cas de lipomatose multiple familiale, B et V. ont trouvé chez une malade 3 gr. 95 de cholestérine par litre de sérum, et chez l'autre 4 gr. 14. Dans un cas de lipome en tumeur, le sang contenait 2 gr. 85 de cholestérine. Chez un homme atteint de lipomatose vulgaire, le taux de la cholestérine atteignait seulement 1 gr. 50.

B. et V. concluent de leurs recherches que la lipomatose familiale multiple s'accompagne d hypercholestérinémie notable et que cette même hypercholestérinémie se retrouve à un moindre degré dans d'autres formes de lipomatose. Si l'on admet l'hypothèse de cellules conjonctives préalablement disposées à la fixation de la cholestérine, on rejoint la notion des nævi en puissance. Et cette notion s'applique encore mieux aux lipomes multiples si souvent héréditaires qu'aux xanthomes.

Il est fréquent également de découvrir chez des xanthélasmiques et des lipomateux des indices d'un foie anormal.

R. Burnier.

LA PEDIATRIA (Naples)

Tome XXXII, fasc. 2, 1er Juin 1924.

Angiola Borrino (de Sienne). *Vomissements persistants et syndrome pylorospastique chez le nourrisson au sein. Valeur thérapeutique du lait de vache.* — A. B. a réuni 56 observations de vomissements persistants chez des nourrissons. Sur ce nombre 15 cas étaient dus à une hyperalimentation évidente, 20 à une alimentation défectueuse, mal réglementée et 12 à une hypoalimentation. Le syndrome pylorospastique, noté en outre par A. B. dans 9 autres cas, était attribuable 2 fois à une mauvaise alimentation, 3 fois à une hypoalimentation et 4 fois à une cause indéterminée.

A. B. fait observer que ces vomissements habituels et persistants sont assez fréquemment constatés chez des nourrissons au sein.

En pareil cas il convient avant tout de préciser la cause et de corriger le régime alimentaire dans le sens qui convient. Il faut songer notamment à la possibilité d'une hypoalimentation qui prolongée peut aggraver la situation.

Certains vomissements habituels sont dus à une hypersécrétion gastrique. Dans ce cas, l'administration, au début de chaque tétée, d'une petite quantité de lait de vache non dilué peut donner de bons résultats. Cette action favorable semble devoir être attribuée à la propriété acido-fixatrice plus développée dans le lait de vache que dans le lait de femme.

G. Schreiber.

MONATSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE (Leipzig)

Tome XXVIII, fasc. 3, Juin 1924.

F. Ettig (de Leipzig). *Diagnostic différentiel entre une pleurite médiastinale postérieure et l'infiltration d'un lobe pulmonaire anormal (lobe infracardiaque).* — Le poumon présente parfois un lobe supplémentaire (*lobe cardiaque d'Aeby, lobus inferior accessorius de Rektorzik, lobus subpericardiacus de Ruge, lobe rétrocardiaque d'Ewart*). Ce lobe supplémentaire correspond à un lobe analogue qu'on observe presque régulièrement chez les quadrupèdes, généralement du côté droit et parfois à gauche. Chez ces derniers il existe entre le diaphragme et le péricarde un espace libre dans lequel vient s insinuer le lobe infracardiaque. Chez les bipèdes cet espace libre disparait, entraînant une régression progressive de ce lobe, qui d'après Schaffner serait néanmoins encore plus ou moins décelable chez 45 pour 100 des sujets humains, un peu plus souvent à gauche qu'à droite.

Ce lobe supplémentaire n'entre pas en ligne de compte pour le diagnostic d'un grand nombre d'affections, mais il peut entraîner des erreurs lorsqu'un processus pathologique peut atteindre un lobe isolé comme c'est le cas pour la pneumonie lobaire ou lobulaire, l'atélectasie, l'infarctus pulmonaire, un carcinome lobaire primaire.

Un diagnostic particulièrement délicat consiste à différencier, comme dans le cas publié par E., une pleurite médiastinale postérieure gauche ou droite avec une pneumonie lobaire d'un lobe infracardiaque gauche ou droit. Les signes cliniques peuvent être très semblables. La ponction thoracique exploratrice est très utile, de même que les mensurations comparées des deux hémithorax.

La pleurite médiastinale postérieure ne peut prêter à la confusion que lorsqu'elle se manifeste à la radioscopie par une ombre triangulaire, ce qui est rare, alors que le lobe infracardiaque est une anomalie pulmonaire fréquente et la pneumonie lobaire une maladie courante. Si le diagnostic reste hésitant, les chances de probabilité sont en faveur d'une pneumonie lobaire infracardiaque.

G. Schreiber.

THE LANCET (Londres)

Tome CCVI, n° 5257, 31 Mai 1924.

A. F. Hurst. *Traitement des hémorragies graves d'origine gastrique ou duodénale.* — Ces hémorragies sont moins souvent mortelles qu'on ne le dit. En 10 ans, au Guy's Hospital, on ne relève, sur 600 malades atteints d'ulcus gastrique ou duodénal, aigu ou chronique, que 23 cas de mort par hémorragie, en l'absence de cirrhose hépatique.

Pour lutter contre l'hémorragie gastrique ou duodénale, on prescrira l'immobilité absolue au lit, la morphine, l'atropine, la diète complète, un goutte à goutte glucosé rectal, des injections de sérum. En outre, de même qu'une hémorragie utérine s'arrête quand l'utérus est vidé et quand sa paroi se contracte, l'estomac cesse de saigner lorsqu'il est vidé et que sa paroi se contracte. L'estomac qui a saigné tend à évacuer son contenu par hématémèse et par mélæna ; si cette évacuation est défectueuse, l'hémorragie continue. On devra donc évacuer le contenu stomacal par le moyen d'un tube ne dépassant pas le cardia et d'un évacuateur de Senoran ; puis faire des lavages à l'eau glacée ou au perchlorure de fer à 1/1.000 ; enfin introduire 4 ou 5 cmc d'une solution d'adrénaline. Alors la paroi gastrique se contracte.

Pour inactiver le suc gastrique et neutraliser l'acide chlorhydrique libre, on donnera, non pas du



bicarbonate de soude, mais de la magnésie ou du carbonate de chaux.

On sera tout prêt à faire une transfusion de sang si le taux de l'hémoglobine tombe à 30 pour 100.

L'indication d'opérer d'urgence, à cause d'une hémorragie, ne se pose pas. Il. admet, avec les Américains, que le risque de succomber à l'hémorragie est moindre que les dangers de l'opération en période d'hémorragie.

La seule indication opératoire, en période aiguë, est l'existence d'une hémorragie grave et persistante chez un sujet âgé, ayant des antécédents d'ulcère chronique, et dont les artères sont sans doute trop altérées pour faire une hémostase spontanée. Or, c'est une éventualité exceptionnelle.

Enfin, dans les ulcères chroniques, l'hémorragie commande-t-elle une opération ultérieure? Il faut se souvenir que, parmi les malades atteints d'ulcères qui ont présenté de grandes hémorragies, 13 pour 100, d'après Balfour, saignent encore après l'opération; d'autre part, des hémorragies surviennent souvent, après l'opération, chez des patients qui, auparavant, n'avaient jamais eu d'hématémèses.

Ni l'existence d'hémorragies antérieures, ni le danger d'hémorragies dans l'avenir chez un malade dont l'ulcus n'a pas saigné au préalable, ne sont des motifs de préférer le traitement chirurgical au traitement médical pour un ulcère chronique. Les grandes indications chirurgicales sont la contraction en sablier et l'obstruction pylorique, ce qui ne se produit pas si le diagnostic a été précoce et le traitement assez énergique et prolongé.

J. Rouillard.

De Vesselow. ***Les constituants inorganiques du sang dans certains états pathologiques.*** — A l'exception du bicarbonate de soude du plasma, facilement dosé par la méthode de Van Slyke, les constituants inorganiques sont moins bien connus que l'urée ou le sucre du sang, ce qui est dû à l'absence de procédés de mesure rapides et précis.

V. a examiné à ce propos 60 malades atteints de diabète, de néphrites, de toxémies gravidiques, de lésions cardiaques décompensées. Il a dosé, dans le plasma, les chlorures, les phosphates et les bicarbonates, et, dans le sérum correspondant, le sodium, le potassium et le calcium. Il indique les techniques toutes modernes qu'il a utilisées. Normalement, voici les taux qu'on obtient pour 100 cmc : dans le sérum, 340 milligr. de Na, 20 milligr. de K, 10 milligr. de Ca; dans le plasma, 630 milligr. de NaCl, 3 milligr. de P, 63 cmc de CO^2. Il faut noter l'excès relatif des radicaux basiques sur les radicaux acides, et la large proportion (2/3) des bases combinées avec l'acide chlorhydrique, tandis qu'un quart à peine est uni à l'acide carbonique.

Chez les diabétiques, la quantité totale des bases n'est pas diminuée, même dans les cas de cétose marquée où la réserve alcaline est réduite. Les acides diacétique et oxybutyrique sont en excès; une partie est excrétée par les reins, une autre est éliminée conjointement avec l'ammoniaque, une autre se combine avec des bases, d'où réduction du bicarbonate. En outre, les phosphates inorganiques et les chlorures du plasma sont diminués.

Dans les néphrites avancées, du type azotémique, le rein étant inapte à excréter l'acide phosphorique, des radicaux acides s'accumulent dans le sang. Ici comme dans le diabète, il y a tendance à l'acidose, mais la cause en est, dans les néphrites, une insuffisance de l'excrétion, et, dans le diabète, une formation excessive d'acides. Quand les radicaux acides sont en excès, ils sont nécessairement neutralisés dans le sang et le bicarbonate du plasma tend à diminuer; mais les vomissements, en éliminant une certaine quantité d'acide chlorhydrique, épargnent en quelque sorte des bases, si bien que le taux du bicarbonate reste à peu près normal en dépit de la rétention des phosphates.

Dans les états pré-éclamptiques et dans l'éclampsie, il n'y a qu'une augmentation légère des chlorures et une faible diminution du bicarbonate du plasma, la concentration des radicaux acides et des bases restant à peu près normale.

J. Rouillard.

N° 5258, 7 Juin.

B. Hudson et L. Hill. ***Observations cliniques sur l'héliothérapie dans la tuberculose pulmonaire.*** — La cure solaire donne d'excellents résultats dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, tandis que chez les tuberculeux pulmonaires elle est peu employée et même considérée comme dangereuse; cela tient à ce qu'on l'a pratiquée le plus souvent dans de mauvaises conditions, en plaçant les malades dans de véritables serres à parois vitrées, et qu'on l'a conseillée à des tuberculeux fébriles.

Ce qui convient aux tuberculeux pulmonaires, ce n'est pas le grand soleil, c'est une lumière solaire un peu chaude et un air frais; en outre, la cure doit être pratiquée à l'air libre. Les meilleures conditions sont réalisées dans les Alpes, en hiver; c'est dans cette saison, après les chutes de neige, que les rayons ultra-violets sont le moins forts; on a les avantages d'un air frais.

L'héliothérapie est à recommander dans les cas de tuberculose avec expectoration bacillifère, à foyer unique et localisé; dans les formes apyrétiques, quand l'activité de la maladie est suspendue ; le processus de guérison est alors accéléré. La cure solaire est contre-indiquée dans les formes congestives, hémoptoïques. Les pleurésies anciennes avec pachypleurite et rétraction thoracique seront améliorées, de même que les asthmes bronchiques. En somme, la cure solaire sera réservée aux cas qui tendent à guérir, mais où les progrès sont lents.

Il faut procéder avec prudence, obtenir un léger érythème suivi de pigmentation, mais éviter les brûlures des téguments; on surveillera les réactions et la température du malade.

J. Rouillard.

A. D. Fordyce et Grant Mac Afee. ***Tendance des nouveau-nés à l'ictère; relation d'un cas d'ictère grave familial.*** — La fréquence de l'ictère chez le nouveau-né est bien connue; la pathogénie en reste obscure et la limite des conditions normales ou pathologiques est imprécise.

On observe quelquefois des ictères de pronostic grave qui sont dus soit à des malformations hépatiques, soit à des infections, à la syphilis héréditaire, à la maladie hémorragique des nouveau-nés. A côté de ces formes dont le diagnostic est aisé, il y a parfois des cas d'ictère grave qui surviennent successivement chez les enfants d'une même famille, qui apparaissent quelques heures après la naissance, s'accompagnent de coma et de convulsions et amènent la mort sans que l'autopsie en révèle la cause. La pathogénie reste inconnue.

F. et M. A. rapportent une observation intéressante d'ictère grave familial. Une femme de 34 ans, de santé délicate, mais sans antécédents morbides caractérisés, habituellement constipée, fait quatre grossesses qui évoluent normalement, sans albuminurie. Pour les accouchements, on fait des injections de scopolamine-morphine.

Le premier enfant est bien portant.

Le deuxième a, dès la naissance, un foie gros, avec une rate normale. Il est nourri au sein, puis au lait en poudre. L'ictère apparaît dans les premiers jours et augmente jusqu'à la quatrième semaine; la bile passe dans l'intestin, mais non dans les urines. Il n'y a ni vomissements, ni hémorragies; l'enfant est constipé avec un abdomen distendu. A l'examen sur lame, le sang paraît normal. Vers le deuxième mois, l'ictère s'accentue et l'enfant meurt dans le coma. Pas d'autopsie.

Le troisième enfant est ictérique dès la naissance, avec un gros foie et une grosse rate. Il s'élève bien tout d'abord, mais meurt à un an. Le Wassermann est négatif. A l'autopsie, le foie est gros; on n'observe aucune réaction inflammatoire, mais une réduction du nombre des cellules hépatiques et la présence de cellules nucléées entre les cellules hépatiques; dans les capillaires, il y a des cellules nucléées ayant l'apparence de lymphocytes primordiaux; les aires vasculaires hématopoïétiques qui existent normalement chez le fœtus ont persisté et se sont étendues.

Pour la quatrième grossesse, la mère subit un examen médical très complet qui ne montre aucun fait pathologique, à part la constipation habituelle; les urines sont normales ainsi que le sang; le Wassermann est négatif, on conseille un traitement pour la constipation. La grossesse évolue dans de bonnes conditions; l'enfant naît à terme sans ictère, et aujourd'hui, à 6 mois, il est très vigoureux.

J. Rouillard.

VESTNIK KHIROURGUII I POGRANITCHNYKH OBLASTEÏ

(Moscou)

Tome III, fasc. 8-9, 1924.

V.K. Trofimov (de Penza). ***Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques.*** — T. rapporte 6 observations personnelles d'abcès sous-phrénique. Le plus souvent, on n'a été mis sur la véritable voie du diagnostic que tardivement, croyant d'abord avoir affaire à une pleurésie, à une fièvre paratyphoïde, etc.

Le diagnostic devient particulièrement malaisé en cas de coexistence d'un épanchement pleural. C'est ainsi que, chez une des malades de T., l'abcès sous-diaphragmatique n'a été reconnu qu'après deux interventions successives pour pleurésie purulente.

Dans un autre cas, le tableau clinique paraissait être celui d'un ulcère de l'estomac (douleurs violentes après les repas, hématémèses, sensibilité douloureuse de la région épigastrique). L'absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique avait même fait penser à l'éventualité d'une dégénérescence cancéreuse de l'ulcus Cette idée de néoplasme paraissait expliquer l'existence d'une opacité à l'hypocondre gauche et l'hypertrophie des ganglions bronchiques, constatées à la radioscopie. Or, à l'opération, on trouva bien un ulcère calleux siégeant sur la petite courbure, mais, en écartant les adhérences de l'estomac, on découvrit, sous le diaphragme, une poche purulente, d'où l'on retira environ 2 verres de pus.

D'une manière générale, le diagnostic est plus difficile lorsque l'abcès sous-phrénique compliqué d'un épanchement pleural siège du côté droit, les signes objectifs se trouvant alors masqués par la matité hépatique. Le diagnostic de l'abcès sous-diaphragmatique gauche se trouve facilité par l'abaissement de la zone de matité, qui empiète sur l'espace de Traube, et par le déplacement de la rate vers en bas.

La présence de gaz dans l'abcès en rend le diagnostic plus facile, puisqu'on se trouve alors, à la percussion, en présence de 4 zones disposées en allant de bas en haut ainsi qu'il suit: matité, tympanisme, matité et sonorité pulmonaire.

Au point de vue opératoire, il est à noter que, chez un de ses malades qui présentait un abcès sous-diaphragmatique particulièrement vaste, T. a joint à l'ouverture large de la collection purulente à travers la paroi abdominale une résection de la 10e côte, ce qui a eu pour effet de favoriser le drainage. Au bout de 2 mois, l'opéré fut à même de quitter l'hôpital, complètement guéri et sans la moindre fistule.

L. Cheinisse.

Ya. B. Zeldovitch (de Petrograd). ***Contribution à l'étude de l'irrigation du gros intestin.*** — Z. insiste sur la nécessité des connaissances anatomiques approfondies et détaillées pour la chirurgie abdominale et, en particulier, pour la chirurgie intestinale, et rend hommage aux efforts faits dans ce sens par l'école française (Hartmann, Lardennois et Okinczyc, etc.). Pour sa part, il apporte une contribution intéressante à l'étude de l'anastomose entre l'artère mésentérique supérieure et l'artère mésentérique inférieure.

En se basant sur 160 autopsies, Z. croit pouvoir affirmer que, dans environ 25 pour 100 des cas, l'anastomose habituelle entre l'artère colique moyenne et l'artère colique gauche se trouve renforcée par une branche accessoire, qui se détache de l'artère mésentérique supérieure ou, plus rarement, de l'artère mésentérique inférieure pour se jeter dans l'arcade de Riolan.

Au point de vue chirurgical, l'existence de cette *artère colique moyenne accessoire*, qui vient renforcer l'arcade de Riolan et mieux assurer l'irrigation du côlon transverse et du côlon descendant, présente d'autant plus d'importance que l'artère colique moyenne s'amincit considérablement dans son trajet vers le coude gauche du côlon et le commencement du côlon transverse.

L'existence de cette branche accessoire a aussi une importance pour la moitié droite du côlon transverse, car, en cas de ligature de la colique moyenne, elle peut remplacer ce vaisseau. Par contre, en l'absence de cette artère accessoire, la ligature de la colique moyenne est susceptible d'entraîner la gangrène du côlon transverse.

L. Cheinisse.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

Tome XXXVIII, n° 5, Mai 1924.

A. Calmette et C. Guérin. ***Vaccination des bovidés contre la tuberculose et méthode nouvelle de prophylaxie de la tuberculose bovine.*** — En s'adressant aux tout jeunes animaux de l'espèce bovine nés depuis moins de 2 semaines, et en leur injectant sous la peau, en plein tissu conjonctif lâche du fanon, une forte dose (50 à 100 milligr.) de bacille modifié par une longue série de cultures successives sur pomme de terre cuite dans la bile de bœuf glycérinée à 5 pour 100 (bacille BCG), on peut les vacciner contre l'infection bacillaire virulente, à ce point qu'ils ne contractent pas la tuberculose si on leur injecte dans les veines, jusqu'au 15e mois après la vaccination, une dose de bacilles bovins vivants et virulents capable de tuer par granulie aiguë tous les témoins de même âge, en mois de 2 mois.

Les jeunes bovins ainsi vaccinés réagissent positivement à la tuberculine pendant tout le temps que leur immunité s'établit. Quelques mois après qu'ils cessent de réagir, cette immunité tend à disparaître et le moment arrive où ils se comportent comme des animaux non vaccinés.

La vaccination par le bacille BCG est inoffensive, non seulement pour les jeunes bovins et pour les bovidés adultes indemnes de tuberculose, mais aussi pour toutes les espèces animales susceptibles d'être infectées par le bacille tuberculeux.

Ce bacille BCG est complètement privé de virulence. Il a perdu toute aptitude à provoquer la formation de tubercules. Il reste cependant toxique pour l'animal tuberculeux. Les bouillons glycérinés dans lesquels on le cultive renferment de la tuberculine et les organismes auxquels on l'injecte produisent des anticorps décelables par le Bordet-Gengou.

C. et G. souhaitent que de plus larges essais de prophylaxie contre la tuberculose du bétail par cette méthode soient faits dans quelques grandes exploitations agricoles où une surveillance sanitaire efficace pourrait être régulièrement exercée, et ils sont disposés à faciliter ces expériences. L. Rivet.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION
(Paris)

Tome XIV, n° 4, Avril 1924.

P. Le Noir et R. Deschiens. ***Etude statistique concernant les infestations parasitaires du tube digestif à Paris.*** — A Paris, dans un service de gastro-entérologie, sur 1.000 malades souffrant d'une affection du tube digestif avec selles habituellement pathologiques, Le N. et D. ont constaté que 59,2 pour 100 présentaient des parasites animaux pathogènes ou non pathogènes dans leurs selles.

Sur les 592 sujets parasités, 216 sont infestés par des zooparasites habituellement non pathogènes; 205 par des zooparasites habituellement peu pathogènes ou à rôle pathogène contingent; 171 présentent une infestation parasitaire paraissant sinon déterminer, du moins participer aux troubles gastro-intestinaux (*entamœba dysenteriæ, giardia intestinalis, tænia saginata, ascaris lumbricoides, oxyurus vermicularis, ankylostomum duodenale*, etc).

Ces chiffres montrent l'importance du facteur « Parasite » dans l'étiologie des syndromes digestifs. Toutefois, dans la majorité des cas, cette infestation parasitaire est tolérée, mais, dans toute infestation parasitaire, il y a une infection parasitaire, une parasitose, en puissance. Une modification du chimisme de l'hôte, un fléchissement des réactions de défense paraissent pouvoir créer l'infection parasitaire, c'est-à-dire la pullulation des parasites et l'intolérance de l'organisme se traduisant par des troubles variables (dysenterie, diarrhée, anémie, etc.). L. Rivet.

M. Loeper et R. Turpin. ***Le rôle du tissu conjonctivo-vasculaire dans les généralisations cutanées du cancer de l'estomac.*** — L. et T. relatent l'observation d'un homme de 65 ans atteint d'un cancer de l'estomac avec carcinose secondaire de la peau, sous forme de nodules disséminés sous la peau, de volume variable, allant de celui d'une petite mandarine à celui d'un pois ou d'une noisette : on en comptait 14, irrégulièrement répartis sur le tronc et le membre supérieur droit. Ces nodosités dures, ligneuses, sont adhérentes au revêtement cutané, mobiles sur les plans profonds. Il s'agit de métastases dont la nature épithéliale ressort de l'examen histologique d'une biopsie.

A l'autopsie, en dehors du néoplasme gastrique, qui est un épithélioma cylindrique atypique infiltré, on note des capsules surrénales néoplasiques et l'existence de nodules métastatiques disséminés dans un grand nombre d'espaces conjonctifs. L'examen histologique de tous les nodules cancéreux secondaires plaide en faveur de l'origine vasculaire du processus néoplasique, qui se développe autour des artérioles et semble centré par elles.

Dans ce cas, il y avait contraste entre le peu d'importance, l'absence même des localisations secondaires habituelles du cancer gastrique (foie, poumon) et l'importance des métastases beaucoup plus rares : surrénales et surtout cutanées. Ces dernières ne s'observent guère en effet qu'une fois en moyenne sur plus de 2.000 tumeurs viscérales profondes. Dans le cas de L. et T., ces localisations cutanées s'accompagnaient d'autres déterminations péri-viscérales, dans le tissu cellulo-adipeux sous-épicardique et para-rénal. Cette affinité des métastases pour le tissu conjonctif apparaît dans quelques autres observations. La généralisation semble se faire surtout par voie sanguine, étant donné le siège, si souvent péri-artériel, des cellules néoplasiques, les lésions artériolitiques et les amas épithéliaux intravasculaires. L. Rivet.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

Tome XCVII n° 49, 17 et 19 Juin 1924.

L. Babonneix. ***Pseudo-tabes consécutif à une injection de sérum antistreptococcique.*** — B. relate l'observation d'une jeune femme à laquelle, à la suite d'un accouchement avec déchirure du périnée, un médecin injecta en 2 fois, à 2 jours d'intervalle, 60 cmc de sérum antistreptococcique. A la suite d'accidents sériques, apparurent, 13 jours après la première injection, des troubles nerveux multiples qui réalisèrent un véritable pseudo-tabes. A noter qu'on ne pouvait incriminer une diphtérie méconnue. Ces troubles persistaient encore au bout de 5 mois, avec ataxie des membres, troubles légers de la sensibilité profonde, abolition complète de tous les réflexes tendineux, sans signe d'Argyll, ni hypotonie, ni troubles intellectuels, ni troubles sensitifs superficiels ou trophiques.

La pathogénie est obscure. Ces cas exceptionnels ne doivent du reste pas empêcher de recourir à une méthode thérapeutique précieuse. L. Rivet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Tome III, n° 25, 17 Juin 1924.

K. Westphal (de Francfort-sur-le-Mein). ***Sur la physiologie, la pathologie et la thérapeutique des troubles de motilité des voies biliaires extra-hépatiques.*** — Parmi les conditions pathogéniques de la cholélithiase, à côté de l'infection et des modifications chimiques de la bile (augmentation et précipitation plus facile de la cholestérine et des sels calcaires), il est encore un autre facteur important : c'est la *stase*. Celle-ci peut revêtir : 1° le type *hypertonique* par hyperfonctionnement et contraction tonique persistante de la musculature de la portion duodénale du cholédoque; 2° le type *hypotonique* ou *atonique* par diminution générale de fonctionnement de la musculature des voies biliaires.

Théoriquement, le traitement de la dyskinésie des voies biliaires devrait être diamétralement opposé dans les cas de la 1re et de la 2e catégorie. Mais, en pratique, au lit du malade, la différenciation n'est pas toujours possible, même avec le sondage duodénal dûment fait. Aussi devra-t-on, dans tous les cas, essayer d'abord un traitement antispasmodique. En général, c'est la douleur qui amène le malade à consulter le médecin. Si, chez les sujets âgés avec vésicule biliaire hypotonique, les crises douloureuses font souvent défaut, il n'en est pas de même chez les malades jeunes ou d'âge moyen, où l'élément spasmodique se rencontre plus fréquemment, encore qu'il ne soit pas seul en cause. On prescrira donc l'atropine, à prendre après les repas, à la dose de 1/2 à 1 milligr., répété 2 ou 3, ou même 4 fois par jour; on y joindra l'action antispasmodique du vieux cataplasme. En cas de crises douloureuses particulièrement pénibles, l'injection intraveineuse de 0 milligr. 10 à 0 milligr. 20 d'adrénaline se montre parfois supérieure même à l'injection intraveineuse d'atropine. La médication camphrée est également à utiliser. Un des collaborateurs de W., Herrmann, ayant montré que le camphre se laissait dissoudre dans des huiles essentielles jusque dans la proportion de 50 pour 100, on pourra prescrire, par exemple, 2 gr. de camphre dans 8 gr. d'essence de menthe; XXV à XXX gouttes de ce mélange, administrées sur un morceau de sucre, suffiront pour calmer promptement un accès de moyenne intensité, mais souvent, il est vrai, pour 1 ou 2 heures seulement. La rapidité de l'effet obtenu et l'absence de troubles généraux rendent ce moyen préférable à l'atropine, mais au point de vue de l'intensité et de la durée de l'action, il lui est inférieur. Enfin, dans les cas de nature spasmodique, on favorisera l'évacuation rapide de la bile en administrant, le soir, 2 cuillerées à bouche d'huile de sésame, médication qui agira en même temps sur la constipation.

Dans les cas ne réagissant pas à l'atropine, on aura recours au sulfate de magnésie, administré, au besoin, sous forme de lavages du duodénum. L. Cheinisse.

P. György (de Heidelberg). ***Signification de l'hypocalcémie tétanique.*** — On se rappelle qu'en collaboration avec Freudenberg, G. a montré que l'usage interne d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque chimiquement pur à 10 pour 100 a pour effet d'atténuer, chez les nourrissons spasmophiles, l'excitabilité mécanique et électrique, et de combattre des états manifestement tétaniques (voir *La Presse Médicale*, 21 Juin 1922, p. 540). Adlersberg et Porges ont eu l'idée de substituer au chlorhydrate d'ammoniaque, souvent mal supporté à cause de son goût désagréable, le phosphate diacide d'ammoniaque.

Les essais que G. a institués avec ce médicament dans 12 cas ont pleinement confirmé les résultats obtenus par Adlersberg et Porges : les manifestations tétaniques ont disparu en très peu de temps, le plus souvent en l'espace de 24 heures. Ces essais ont aussi montré que les signes manifestes et même latents de tétanie peuvent disparaître en l'absence d'élévation de la teneur du sérum sanguin en calcium. Non seulement pareille élévation faisait défaut, mais, dans la plupart des cas, le taux du calcium diminuait encore sous l'influence du phosphate d'ammoniaque. Cela étant, G. persiste à croire, contrairement à Blühdorn et à Rohmer, que l'hypocalcémie n'a qu'une importance secondaire pour la production de signes manifestes de tétanie. L. Cheinisse.

A. Adler et J. Jablonski (de Leipzig). ***Réserve alcaline du sang dans les maladies du foie.*** — D'après les recherches instituées par A. et J. à la Clinique médicale universitaire, dirigée par le professeur von Strumpell, les lésions hépatiques d'origines très diverses s'accompagnent d'une diminution de la réserve alcaline du sang. Toutefois, il n'existe aucun parallélisme certain entre le degré de cette diminution et l'intensité des altérations du foie.

La détermination de la réserve alcaline ne permet de tirer aucune conclusion catégorique quant au pronostic de l'évolution de la maladie. L. Cheinisse.


BAIN SULFUREUX INODORE
Affections cutanées
Hygiénique-Tonique
SULFURINE LANGLEBERT
ADRIAN & Cie
9, Rue de la Perle
PARIS
dans toutes les Baignoires

N° 27, 1er Juillet.

H. von Hoesslin et R. Klapp (de Berlin). *Résection du nerf vague pour syndrome de Stokes-Adams.* — Le fait décrit dans le présent mémoire se rapporte à une jeune femme de 28 ans, habituellement bien portante, mais qui, à la suite d'une ablation de l'amygdale droite, présenta des crises douloureuses du côté correspondant du pharynx. Plus tard, ces troubles spasmodiques se compliquèrent de manifestations cardiaques, et bientôt on se trouva en présence du syndrome de Stokes-Adams nettement caractérisé. Les accès se produisaient à des intervalles de 3 à 5 minutes, souvent au milieu d'une conversation: le pouls, qui habituellement était à 64, tombait brusquement à 30, 24 ou même 20 pulsations à la minute et devenait irrégulier, tout en étant assez fort, le visage pâlissait, la respiration devenait plus profonde, des convulsions survenaient du côté de la commissure labiale droite et la malade semblait avoir perdu connaissance. La crise durait, généralement, de 15 à 18 secondes, puis le pouls reprenait sa fréquence et sa régularité normales, le visage se colorait, et la patiente était à même de reprendre la conversation interrompue.

En l'absence de tout autre signe clinique susceptible de faire incriminer des altérations anatomiques, on conclut à une névrose du vague, et l'on procéda à la résection du nerf au niveau du cou.

Pendant les préparatifs, on fut frappé de voir, sous l'influence de l'excitation psychique, la fréquence du pouls monter à 108; le nombre des accès resta le même, mais ils étaient plus courts (une dizaine de secondes) et le ralentissement du pouls n'allait pas au delà de 50 à 54 pulsations; enfin, on réussit à empêcher presque complètement, pendant les crises, la respiration profonde et les convulsions de la moitié droite de la face. Tout cela semblait confirmer l'hypothèse de l'origine nerveuse des accidents.

Pendant que l'on dégageait le nerf vague et avant même qu'on ne l'ait touché, le nombre des pulsations tomba à 64. Après la résection, le pouls resta, quelques instants, sans modifications : ce fut seulement au bout de 15 à 20 secondes que se manifesta une accélération, qui, d'abord modérée, alla progressivement jusqu'à 116-120 pulsations à la minute, en même temps que le pouls devenait un peu plus petit et plus mou. Après le réveil, au bout d'une dizaine de minutes, les accès reprirent, quelque peu plus rares et plus faibles il est vrai; mais, en l'espace de 30 heures, ils disparurent complètement, et, au 5e jour après l'opération, la patiente se trouvait déjà assez bien pour faire, sans effort, une sortie en auto.

Il s'est écoulé, depuis l'intervention, 4 mois, sans que cette femme ait présenté le moindre trouble; elle a augmenté de 25 livres et se sent très bien.

L. Cheinisse.

H. Kürten (de Halle). *Teneur en cholestérine et stabilité de suspension du sang pendant la grossesse et les suites de couches.* — L'augmentation de la teneur du sang en cholestérine exerce une action accélératrice sur la sédimentation globulaire. Ce parallélisme entre la teneur en cholestérine et la stabilité de suspension du sang est particulièrement frappant au cours de la grossesse et des suites de couches.

La lécithine est, à cet égard, l'antagoniste de la cholestérine : à l'encontre de celle-ci, elle entrave la sédimentation globulaire. A en juger d'après les recherches de K., l'action de la lécithine serait 5 fois plus intense que celle de la cholestérine.

Ces faits semblent de nature à jeter un jour nouveau sur le rôle des lipoïdes dans les échanges organiques entre la mère et le fœtus.

L. Cheinisse.

THE AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS and GYNECOLOGY (Saint-Louis)

Tome VII, n° 6, Juin 1924.

Harold Bailey. *Traitement de l'infection puerpérale par le sérum.* — B. constate que la mortalité par infection puerpérale au cours de ces dernières 25 années ne semble pas diminuée aux Etats-Unis; dans les campagnes et les villages au-dessous de 2.500 habitants, la mortalité est plus faible que dans les centres plus importants; ceci serait en rapport avec les interventions chirurgicales plus facilement pratiquées dans les villes qui augmentent le pourcentage de la mortalité. Celle-ci est plus élevée pendant l'hiver et les premiers mois du printemps (grippe).

En général, parmi les infections puerpérales, le streptocoque hémolytique semble être l'agent infectieux le plus fréquent. B., à partir de 1922, a employé le sérum antistreptococcique préparé par Frank Huntoon. Après avoir fait une revue historique de la sérothérapie antistreptococcique, B. étudie l'action biologique de ce sérum, lequel a un pouvoir protecteur et curateur qui persiste aussi longtemps qu'on le réactive.

Le sérum thérapeutique provient des chevaux injectés à plusieurs reprises par des streptocoques provenant de diverses sources d'infection. Comme ces colonies bactériennes représentent tous les groupes connus, on peut supposer que le sérum est capable de montrer son activité vis-à-vis de la majorité des streptocoques hémolytiques trouvés dans les infections humaines.

L'injection aux malades se fait très lentement, 20 minutes environ pour 100 cmc. Auparavant on vérifie l'hypersensibilité du sujet; un érythème s'étendant au delà de 2 cm. est regardé comme une limite. Tout sujet hypersensitif doit être désensibilisé par petites doses successives, allant de 1 goutte à 1 cmc dans l'espace de 1 heure.

Les incidents sériques ne se manifestent qu'après 48 heures chez certaines des patientes par des placards d'urticaire avec sensation de brûlure, soulagée par de l'adrénaline. Parfois on note du gonflement articulaire quelques jours après l'injection. Ces incidents sériques se produisent dans 70 pour 100 des cas et comportent un pronostic bénin.

D'après l'expérience de B., il ne faut pas renouveler l'injection de sérum dans les 24 heures. La plupart de ses patientes présentaient, à la suite de l'injection, une élévation de température et une plus grande fréquence de pouls associé à des frissons. L'élévation thermique se manifestait surtout pour la première injection. Il faut faire l'injection au moment de la journée où la température est le plus basse; cependant une température élevée continue n'est pas une contre-indication à l'emploi du sérum.

En présence d'une fièvre qui se manifeste d'une manière continue depuis plus de 24 heures, B. conseille d'injecter 100 cmc de sérum, après les épreuves de désensibilisation et après prélèvements de sang et des sécrétions utérines. Il a toujours constaté que ses prélèvements de sang étaient négatifs; il explique ce fait par ce que la présence des microbes n'est décelable que pendant les frissons, tandis que tous ses prélèvements ont été faits en dehors de ceux-ci.

B. indique ensuite les autres précautions prises et traitements employés : aération, pas de traitement local, examens vaginaux rares (une simple palpation bimanuelle peut rompre la barrière leucocytaire).

A la suite de l'injection du sérum, il y a chute de température et un peu d'exsudation locale. Il semble que le sérum ait une tendance à localiser l'infection par la production d'une paramétrite.

B. donnera ultérieurement le détail de ses observations.

Henri Vignes.

Otto R Eichel. *Introduction à une étude statistique de l'infection puerpérale.* — Consécutivement à une étude basée sur les cas d'infections puerpérales relevés dans la ville et l'Etat de New-York de 1914 à 1923 et plus particulièrement sur les cas de mort, E., directeur de la statistique de New-York, arrive aux diverses conclusions que nous allons résumer.

Etant donné que la moitié des infections était consécutive aux avortements et accouchements prématurés, spontanés, provoqués ou de cause indéterminée, on doit proposer les remèdes suivants : éduquer le public sur les graves dangers de l'avortement criminel ou spontané; poursuivre les avorteurs; soins rapides et compétents, avec des facilités appropriées, de la patiente souffrant d'un avortement traumatique ou spontané.

Le tiers des cas considérés par E. ayant été négligés pendant un certain temps précédant l'infection, il faudrait pour prévenir ces négligences :

a) Eduquer le public en le renseignant sur les risques des états anormaux en relation avec la gestation et la nécessité de soins compétents dès le début de la conception;

b) Donner des facilités cliniques et hospitalières, appropriées à la condition des patientes de la classe pauvre et de ressources modiques;

c) Relever le niveau de l'enseignement obstétrical, car il y a de nombreuses raisons de considérer que bien des retards regrettables dans le traitement d'urgence sont imputables à l'ignorance du premier médecin traitant.

Le quart des décès de la statistique de E. étant consécutif à des cas où il y a eu interventions obstétricales et une partie de ces cas présentant d'autres affections graves associées à l'infection puerpérale, il y a une nécessité absolue de prendre les plus grandes précautions aseptiques au cours de ces interventions et de renforcer encore ces précautions s'il existe de telles complications.

Dans 17,6 pour 100 des cas, il n'a pas été possible de découvrir la cause de l'infection; les patientes avaient eu dès le début de leur conception les meilleurs soins. Ceci démontrerait que même dans les meilleures conditions de surveillance, il peut se produire des infections accidentelles, mortelles; on peut les expliquer par l'état d'une résistance amoindrie de l'organisme ou par le fait que nul n'est infaillible.

Il faut noter que la mortalité puerpérale dans l'Etat de New-York pour la période 1914-1920 a un maximum net en Mars et un minimum en Septembre avec des intermédiaires régulièrement décroissants.

Henri Vignes.

Speidel et Turner. *Le radiodiagnostic des gestations normales et anormales.* — Les rayons X sont particulièrement précieux pour établir le diagnostic de la gestation au début, alors qu'il y a incertitude chez les femmes mal réglées et présentant une augmentation du volume de leur abdomen.

D'après Petersen, le pneumopéritoine associé à la radiologie apporte une aide considérable dans ces cas douteux, en révélant, déjà à partir de la 6e semaine, une augmentation de l'utérus et un élargissement de l'isthme à la réunion des segments cervical et corporéal de l'utérus.

Dans ce but, on emploie l'acide carbonique plus rapidement résorbé que l'oxygène ou l'air, 1 litre 1/2 à 2 litres de gaz suffisent pour donner une image claire. Il faudra d'ailleurs user de prudence, car De Lee a publié deux cas de mort dus au pneumopéritoine.

Dans les derniers mois de la gestation, les rayons X montrent bien les contours du fœtus.

Dans les cas de gestation extra-utérine, à la radioscopie on voit un utérus légèrement augmenté avec une trompe distendue.

Le fœtus présente des sels de chaux dans son squelette à partir de la 10e semaine; un pneumopéritoine qui montre un utérus correspondant à une gestation de 4 mois ou davantage avec absence de contours fœtaux exclut le diagnostic de gestation.

Des signes de gestation, un utérus trop gros pour la date de l'aménorrhée et l'absence de fœtus pourront aider au diagnostic de môle.

Grâce à la radiologie, on pourra perfectionner le diagnostic concernant l'emplacement exact d'un placenta inséré sur le segment inférieur et les rapports de la tête fœtale avec le segment inférieur de l'utérus.

Le radiodiagnostic est particulièrement utile chez les femmes approchant de la ménopause, qui fréquemment engraissent et prennent leur embonpoint pour une gestation.

On étudiera, aussi, par ce procédé les rapports d'un utérus gravide et d'un kyste de l'ovaire.

En plus des signes cliniques, l'asymétrie de la tête fœtale et le chevauchement des os au cours d'un examen aux rayons X confirment le diagnostic de la mort du fœtus.

En employant des films courbes spéciaux, on pourra obtenir par la radiographie les mensurations du bassin plus précises que celles obtenues par les méthodes ordinaires de la pelvimétrie; les déformations pelviennes plus ou moins marquées révélées à la radiographie indiquent la conduite à tenir. De même les positions vicieuses du fœtus vers le terme de la gestation préviendront l'accoucheur des mesures à employer.

La radiologie offre le moyen le plus sûr de faire un diagnostic dans les cas où l'on soupçonne une gestation gémellaire. On pourra aussi avoir des données sur le problème de savoir si un fœtus a dépassé le terme de la maturité.

Enfin, les auteurs signalent les travaux qui, à la suite de Warnekros, ont permis de suivre par la radiographie un certain nombre des phénomènes du travail.

Henri Vignes.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(*Paris*)

Tome XLI, n° 22, 31 Mai 1924.

D. Santenoise et H. Codet. *Le réflexe solaire dans la pratique.* — Il importe de pouvoir dissocier, dans l'étude clinique du tonus neuro-végétatif, la participation respective du vague et du sympathique, les applications thérapeutiques dépendant de cette discrimination précise. Celle-ci est possible en pratique par l'étude parallèle du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire.

L'excitation élective du plexus solaire détermine des réactions d'ordre vaso-moteur, dans les territoires abdominal et pulmonaire. Lorsque la vaso-dilatation réflexe abdominale et la vaso-constriction pulmonaire associées concourent à abaisser la pression différentielle, à diminuer l'indice oscillométrique, le réflexe solaire est positif.

Le sujet, à jeun depuis la veille au soir, est examiné le matin, dans le décubitus dorsal, au calme, hors de toute striction et de tout facteur émotionnel; on applique au poignet le brassard du Pachon et recherche l'oscillation maxima. On pratique alors à deux mains, progressivement et de façon diffuse, la compression épigastrique, de façon à sentir les battements aortiques, sans toutefois écraser le vaisseau. Si le réflexe est positif, au bout de quelques secondes, l'indice oscillométrique diminue l'amplitude et peut même devenir très petit. Lorsque, après une vingtaine de secondes, on relâche la compression, la diminution des oscillations persiste souvent pendant un certain temps, puis elles reprennent progressivement leur amplitude normale.

Pour objectiver les résultats S. et C. emploient la méthode graphique, en utisant le polygraphe de Boulitte, muni d'une capsule oscillographique conjuguée avec l'oscillomètre de Pachon.

Ce réflexe se retrouve en cas d'excitabilité sympathique, notamment dans la maladie de Basedow et les troubles consécutifs à la ménopause, chez les émotifs, etc.

Cette étude permettra d'administrer les médicaments indiqués en pareils cas : phényléthylmalonylurée, cratægus, extrait d'ovaire, pilocarpine et ésérine suivant les cas. L'étude du réflexe solaire permettra de se rendre compte des résultats thérapeutiques obtenus. L. Rivet.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(*Paris*)

T. VIII, n° 6, Juin 1924.

Jaubert de Beaujeu (Tunis). *L'exploration radiographique de la mastoïde normale par voie transbuccale.* — Si l'on prend un crâne sec, et qu'on abaisse légèrement le maxillaire inférieur, on aperçoit à travers la bouche les 2 mastoïdes, on peut voir la face antérieure et en partie la face postérieure de chacune d'elles en faisant tourner le crâne. C'est de cette constatation sur le squelette que s'est inspiré J. de B. pour réaliser sur le vivant la radiographie de la mastoïde qui doit montrer : 1° l'antre, les cellules mastoïdiennes normales et aberrantes; 2° la position du sinus latéral. Il a commencé par radiographier des crânes secs en introduisant une pâte opaque dans le trajet du sinus, dans le conduit auditif, etc., de façon à avoir des images témoins permettant de repérer les constatations radiographiques. Puis ses recherches sur le vivant ont abouti à la technique suivante qui lui paraît la plus simple à réaliser. Le malade est couché sur le dos, la tête en hyperextension légère (épaules relevées par un coussin), le film muni d'écrans renforçateurs est appliqué sur la mastoïde qu'on veut étudier, le pavillon de l'oreille est rabattu en avant. La bouche est maintenue ouverte (mais en certains cas, il ne faut pas trop l'ouvrir car le maxillaire inférieur devient gênant) par un morceau de liège.

L'ampoule placée de l'autre côté du sujet est dirigée de façon à ce que le rayon normal traverse la joue et la bouche (on peut, soit incliner l'ampoule, soit faire exécuter la rotation convenable par la tête). Avec une bonne orientation on obtient la mastoïde en entier, le sinus limité par une ligne courbe, la région antrale, le conduit auditif, les cellules sus-sinusales, apexiennes et postérieures. Au-dessus, on devine l'ombre du rocher.

Cette même technique, en faisant varier l'incidence, permet aussi de réaliser des radiographies donnant des renseignements sur l'articulation temporo-maxillaire, la région du conduit auditif externe, les apophyses transverses des premières cervicales. A. Laquerrière.

ANNALES D'OCULISTIQUE
(*Paris*)

Tome CLXI, n° 6, Juin 1924.

V. Morax. *La conjonctivite à micrococcus catarrhalis.* — Le micrococcus catarrhalis est apparenté au gonocoque et au méningocoque; il a la même morphologie et donne des cultures assez semblables, mais ne fait pas fermenter les sucres. Cliniquement, il affecte les voies respiratoires supérieures et parfois la conjonctive.

M. publie 2 observations de conjonctivite due au micrococcus, avec examen bactériologique et cultures. Il s'agit dans les 2 cas d'une inflammation aiguë de la muqueuse, sans complications cornéennes, avec une évolution bénigne en 4 jours dans le 1er cas, en 10 jours dans le 2e. La douleur a cédé rapidement au traitement (nitrate d'argent, lavages au sérum et injection de Stérian), la sécrétion muco-purulente était peu abondante. Pas de symptômes généraux; coryza chez l'un des malades, qui a présenté une conjonctivite de l'autre œil 5 jours après le début de l'œil atteint en premier.

Le diagnostic est à faire avec la conjonctivite gonococcique, mais ici les symptômes cliniques sont bénins. Enfin M. attache une grande importance à la découverte du microbe simultanément sur la conjonctive et dans le naso-pharynx, région où ne végète jamais le gonocoque. M. termine son article en citant *in extenso* des observations de *Brons*, de *Salus* et de *Wadstein* au nombre de 5. La conclusion est que le diagnostic bactériologique ne peut être fait que par culture et repiquage. A. Cantonnet.

LA PEDIATRIA
(*Naples*)

Tome XXXII, fasc. 12, 15 Juin 1924.

G. Macciotta (de Sassari). *Action de l'adrénaline, de l'hypophysine et de la thyroïdine sur la réaction du sang chez les enfants.* — Les recherches de M. ont porté sur 10 enfants suivis à la clinique infantile et soumis à un régime constant. Les résultats ont été contrôlés et confirmés par des expériences sur de jeunes animaux appartenant à des espèces différentes.

L'adrénaline et l'extrait hypophysaire ont été administrés généralement par la voie sous-cutanée, la thyroïdine au contraire presque toujours par la voie buccale.

M. a observé que sous l'influence de l'adrénaline l'alcalinité du sang des enfants diminue progressivement dans des proportions assez notables, pour revenir à la normale au bout d'un certain temps.

La thyroïdine exerce une action analogue à celle de l'adrénaline, mais plus accentuée encore.

Sous l'influence de l'extrait hypophysaire et plus spécialement de l'extrait de lobe postérieur, l'alcalinité du sang augmente nettement et constamment pendant un temps variable, puis elle revient à la normale. G. Schreiber.

G. Cartia et S. Rapisardi (de Rome). *Recherches sur les inclusions leucocytaires dans la scarlatine et dans d'autres maladies infectieuses.* — La recherche de l'agent causal de la scarlatine a donné lieu à de nombreux travaux depuis ceux de Hallier (1869) jusqu'à ceux tout récents de l'Ecole italienne (di Cristina Caronia et Sindoni, 1921-1923). En 1912 notamment Döhle trouva dans le sang de 30 sujets atteints de scarlatine la présence constante de granules leucocytaires, ronds ou ovalaires, de dimensions variables, inclus dans le protoplasme des polynucléaires. Peu après Amato décrivit des corpuscules analogues qu'il considéra également comme pouvant être l'agent causal de la scarlatine.

C. et R., pour contrôler ces recherches, ont étudié le sang de 107 sujets dont 35 atteints de scarlatine. Les autres étaient des malades variés ou des bien portants.

Il résulte de leurs recherches que de tous les corpuscules leucocytaires décrits par divers auteurs (Gamaleja, Bernhardt, Cantacuzène), ceux de Döhle et ceux d'Amato sont ceux qu'on rencontre le plus fréquemment et les mieux caractérisés. Les corpuscules de Döhle et d'Amato présentent d'ailleurs de très grandes analogies au point de vue de la forme et de la coloration. Ceux-ci se distinguent simplement de ceux-là par la présence de petites granulations rouges.

La présence de ces éléments ne permet d'ailleurs pas d'affirmer la scarlatine. Les corpuscules de Döhle ne s'observent que dans 70 pour 100 des cas avérés et ceux d'Amato dans un peu plus de 50 pour 100 des cas seulement. Ni les uns, ni les autres ne sont des formations parasitaires et ils ne présentent aucun caractère de spécificité au point de vue de la scarlatine, car on peut les rencontrer dans d'autres maladies infectieuses telles que la rougeole, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la diphtérie, la varicelle. G. Schreiber.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(*Londres*)

N° 3309, 31 Mai 1924.

Raymond Pearl. *Alcool et durée de la vie.* — Cette étude statistique a porté sur 155 000 habitants de Baltimore, appartenant à la classe ouvrière, dont 90.000 hommes et 65 000 femmes. En voici les conclusions :

A tout âge, de 30 à 100 ans, les sujets classés comme buveurs modérés, hommes ou femmes, ont des chances de vie un peu plus élevées que les abstinents.

Les hommes grands buveurs ont, de 30 à 100 ans, des chances de vie plus faibles que les buveurs modérés; de 30 à 60 ans, leurs chances de vie sont également plus faibles que celles des abstinents, mais après 60 ans elles sont un peu plus grandes que celles des abstinents, peut-être parce que les grands buveurs ont une mortalité plus élevée entre 30 et 60 ans.

Quant aux femmes grandes buveuses, leurs chances de vie sont, à tout âge, sensiblement plus faibles que celles des buveurs modérés ou des abstinents.

Les sujets qui font de façon habituelle un usage très modéré des boissons alcooliques — et c'est la classe la plus nombreuse — ont, dans les deux sexes, des chances de survie plus élevées que tous les autres groupes. J. Rouillard.

N° 3311, 14 Juin 1924.

A. Cooke. *Lymphaticostomie dans les péritonites.* — Costain a montré que l'ouverture et le drainage du canal thoracique peuvent rendre des services dans les péritonites généralisées. Il pense que la cause principale de la toxémie chez ces malades est l'afflux de lymphe toxique dans la veine sous-clavière gauche, et après des essais expérimentaux concluants, il a publié un cas heureux de lymphaticostomie chez une enfant atteinte de péritonite à pneumocoques.

C. rapporte l'observation d'un homme de 48 ans, entré à l'hôpital pour péritonite aiguë avec hypothermie et pouls à 88. A l'intervention on trouve les anses distendues, très vascularisées, avec des traînées purulentes; l'appendice est perforé; on le résèque et on ferme l'abdomen sans drainage. Puis on

découvre la jonction de la jugulaire interne et de la veine sous-clavière; on met à nu le canal thoracique, qui apparaît plein de gouttelettes d'un liquide brillant, jaune clair, ressemblant à du miel; on lie ce canal près de la veine et on le fixe à la peau par un point de suture. Une culture de la lymphe reste stérile.

Le lendemain, la situation semble désespérée; il n'y a qu'une faible exsudation par la plaie cervicale. Le 2e jour, il y a une grande amélioration; l'abdomen est encore distendu, mais le facies et le pouls sont meilleurs; la lymphe coule plus abondamment. Le 8e jour, l'abdomen n'est plus distendu; du pus s'écoule par la plaie abdominale, et l'écoulement de lymphe diminue brusquement. Le 11e jour, la plaie cervicale est presque sèche. Le 25e jour, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

La découverte du canal thoracique est généralement malaisée, sa couleur laiteuse ne permettant guère de le reconnaître; la chose est plus facile quand il a la coloration jaune du miel.

Le faible écoulement de lymphe observé chez le malade dans les premiers jours s'explique sans doute par la déshydratation de l'organisme; quand un goutte à goutte rectal prolongé 24 heures eut mis remède à cet état, l'écoulement se montra beaucoup plus abondant. J. Rouillard.

D. B. Blacklock. ***Le défaut d'exercice est un facteur déterminant dans l'épidémiologie du béribéri.*** — Au cours d'une épidémie de béribéri survenue dans une prison à Libreville, on remarqua que les tailleurs étaient frappés dans une proportion plus considérable que les autres prisonniers. Alors que 15 pour 100 seulement des prisonniers étaient tailleurs, plus de la moitié de ceux-ci furent atteints.

Le régime alimentaire, les boissons, les conditions d'hygiène étant par ailleurs identiques, on ne pourrait invoquer comme causes que la sédentarité et le défaut d'exercice.

En réduisant le travail dans les ateliers à une demi-journée, en imposant pendant l'autre demi-journée un travail actif à l'extérieur, on a pu réduire considérablement la morbidité par béribéri. En 1922, 59 cas étaient traités à l'hôpital, dont la plupart dans les 3 derniers mois de l'année; en 1923, il n'y eut que 20 cas, et tous apparurent avant Septembre : la maladie disparaît donc alors qu'on atteint la période où elle est le plus fréquente. La mortalité a également décru.

Des expériences ont été entreprises sur des poulets soumis à un régime de riz poli et d'eau : les uns sont laissés dans l'obscurité, les autres au soleil : tous font une polynévrite et meurent dans un laps de temps identique. La lumière est donc sans influence, il n'en est pas de même de l'exercice. En effet, si on place un groupe de poulets dans des cages où tout mouvement est impossible, et si on laisse les autres marcher librement, l'alimentation étant la même pour tous, on voit que les premiers meurent en 17 jours, et les autres en 31 jours.

Ainsi, chez les animaux comme chez les hommes soumis à une alimentation pauvre en vitamine antibéribéri, le défaut d'exercice est un facteur d'aggravation. J. Rouillard.

H. Tyrrel Gray. ***Pathogénie et symptômes de l'ulcère duodénal.*** — Chez les sujets atteints d'ulcère duodénal, l'estomac présente une activité motrice et sécrétoire sensiblement augmentée, ce qui semble dû à un trouble de son équilibre neuro-musculaire. L'hyperactivité qui prédispose à l'ulcère relève d'une hypertonie du pneumogastrique, insuffisamment contre-balancée par le sympathique inhibiteur.

Un alcaloïde comme la nicotine, qui paralyse les ganglions sympathiques, est donc une cause prédisposante, d'où la fréquence de l'ulcère chez les fumeurs, et l'amélioration consécutive à la suppression du tabac. C'est par un mécanisme analogue qu'agissent, chez les femmes amaigries, la viscéroptose et les lésions du mésentère : aussi, chez elles, les meilleurs résultats de la thérapeutique chirurgicale sont obtenus par l'association d'une gastro-entérostomie avec une fixation du côlon ascendant ou d'autres opérations portant sur le mésentère.

Sur cet estomac à activité motrice et sécrétoire augmentée et prédisposé à l'ulcère, les facteurs qui provoquent l'ulcération sont : les acides, la distension, les traumatismes, les infections, l'alcool.

T. G fait ensuite l'étude critique des principaux symptômes : la sensation de brûlure épigastrique est fréquente, surtout chez les fumeurs, car ceux-ci sont des hyperchlorhydriques; la douleur est presque constante, mais variable dans ses caractères, et cette variabilité même indique que l'ulcère est par lui-même insensible, comme l'est tout le tube gastro-intestinal; la *hunger pain* est due à différentes causes accessoires, d'ordre mécanique, vasculaire ou neuro-musculaire.

Quant au traitement, il semble bien que la chirurgie seule puisse donner des résultats décisifs. L'ulcération initiale, lorsqu'elle est assez profonde pour atteindre le plexus d'Auerbach, a peu de chances de guérir sans faire du tissu fibreux cicatriciel; il y aura donc une déformation du duodénum : et d'autre part l'action d'une sécrétion acide sur un tissu de cicatrice est bien connue : elle détermine une ulcération. Il faut donc recourir au traitement chirurgical, et de façon précoce, car c'est dans les ulcères récents qu'une perforation a le plus de chances de se produire.

La gastro-entérostomie constitue la partie essentielle du traitement dans la majorité des cas, car elle permet le passage de la bile et diminue la tension gastrique et duodénale L'ulcère sera invaginé quand ce sera possible Chez les sujets maigres, il faut y joindre une intervention appropriée aux lésions mésentériques.

J. Rouillard.

POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNETRZNEJ

(Varsovie)

Tome 1, fasc. 3, 1924.

S. Cytronberg (de Varsovie). ***L'hyperglycémie alimentaire comme moyen de diagnostic dans les cancers du tube digestif.*** — Les recherches instituées par C dans le service du professeur A. Gluzinski ont porté sur 10 cas de cancer (4 cancers de l'estomac, 2 cancers de l'œsophage, 1 cancer du rectum, 1 cancer du pancréas, 1 cancer secondaire du foie, 1 cancer du pénis) et sur 5 cas de maladies de l'appareil digestif autres que le cancer.

Chez les sujets atteints d'un cancer du tube digestif et, en particulier, des organes tributaires de la veine porte, l'ingestion, à jeun, de 100 gr. de glucose dilués dans 350 à 400 cmc de liquide (infusion faible de thé, par exemple) détermine une hyperglycémie très accentuée, atteignant, dans la plupart des cas, 170 milligr et dépassant parfois 200 milligr.

C. estime, d'ailleurs, que l'intensité de l'hyperglycémie se caractérise mieux par ce qu'il appelle les « quotients glycémiques » que par les chiffres exprimant la teneur absolue du sang en sucre. Ces « quotients glycémiques » sont les chiffres obtenus par division de la valeur absolue du taux du sucre sanguin à tel ou tel moment après l'ingestion de glucose par la valeur absolue du sucre sanguin relevée à jeun. Au point culminant de l'hyperglycémie, ce quotient glycémique atteint 1,70; parfois, il arrive jusqu'à 2,75.

L'hyperglycémie est, souvent, plus prononcée au bout de 1 heure à 1 heure et demie; quelquefois, elle n'atteint son maximum qu'au bout de 2 à 3 heures ou même plus tard. Elle dure généralement plus longtemps que chez les sujets bien portants. 3 heures après l'ingestion de glucose, le quotient glycémique est $>$ 1 (1,30) chez les cancéreux, alors que, chez les personnes bien portantes, il est $<$ 1 (de 0,80 à 0,90).

Dans les maladies de l'appareil digestif autres que le cancer, ainsi que dans les cancers des organes non tributaires de la veine porte, l'hyperglycémie alimentaire reste dans les limites normales.

Ces constatations diffèrent des résultats enregistrés par Le Noir, Mathieu de Fossey et Ch. Richet fils (Voir *La Presse Médicale*, 25 Avril 1923, p. 381). C. se demande si cette différence ne tient pas à la quantité trop faible de glucose employée par ces auteurs (50 gr.) et à ce fait que le dosage du sucre sanguin n'était fait que deux fois après l'ingestion de glucose. L. Cheinisse.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

Tome LVI, fasc. 6.

Einar Perman. ***Sur un cas d'embolectomie.*** — A cause de sa rareté et de son intérêt, nous reproduisons presque intégralement l'observation de P. qui constitue à elle seule l'article.

Homme de 46 ans, sans antécédent spécifique ni rhumatismal. Troubles cardiaques, consécutifs à une crise d'influenza survenue en 1919, s'accompagnant de phénomènes dyspnéiques En fin Août 1913, les troubles cardiaques s'accentuent et le malade est admis en médecine; le cœur est élargi, le pouls lent et arythmique Pression sanguine 135/80 Wassermann négatif. Diagnostic : myocardite. Sous l'influence d'un traitement approprié (digitaline, bains d'acide carbonique) l'amélioration est rapide, mais le 24 Octobre, à 7 h. 1/2 du matin, alors que le malade s'apprêtait à quitter l'hôpital, il est pris soudainement d'une douleur et d'une sensation de froid dans le pied et le mollet gauches avec impotence fonctionnelle absolue dans les mouvements du pied et des orteils. Au bout d'une demi-heure, ces phénomènes rétrocèdent graduellement, le pied se réchauffe, mais il persiste de la paresthésie des orteils. A 10 h. 20, les mêmes accidents se reproduisent, mais moins intenses On remarque alors l'existence, au niveau du pied et du mollet gauches, de taches de cyanose jusqu'à la partie supérieure de la jambe et d'une anesthésie de tout le territoire. Le malade peut imprimer quelques mouvements à son pied, mais les orteils restent impotents. Disparition du pouls à la pédieuse et à la poplitée; les pulsations sont nettement perçues au niveau de l'arcade crurale gauche, mais plus faibles qu'à droite. Il n'existe aucun trouble circulatoire dans la jambe droite. On pose le diagnostic d'embolus, arrêté dans l'artère fémorale gauche au point de bifurcation de la fémorale profonde.

Opération pratiquée le même jour à 11 h 1/4. Découverte de la fémorale gauche et de sa bifurcation sous anesthésie locale Il existe des pulsations transmises au niveau de l'arcade; aucun embolus ne peut être senti Incision de la fémorale qui apparaît vide; quand on enlève le clamp placé sur la fémorale profonde, le sang s'écoule librement par l'incision artérielle. On fait alors un cathétérisme rétrograde de l'iliaque externe par l'incision fémorale longue de 12 mm et l'on est arrêté à une profondeur de 15 cm. On parvient par cette manœuvre à mobiliser trois fragments d'un embolus de 1 cm. de long. Le dernier fragment éliminé est suivi d'un brusque jet de sang artériel. Suture de l'artère par un surjet continu. On remarque alors que l'artère, dans sa partie sous-jacente à l'incision, est fortement contractée. Suture de la peau.

Tous les symptômes subjectifs, à l'exception d'une légère anesthésie des orteils, disparurent sitôt après l'opération. A ce moment aucune pulsation n'est perçue ni à la pédieuse, ni à la poplitée. La jambe et le pied parurent plus chauds qu'auparavant, mais moins que du côté sain. Puis la température du pied gauche et de la jambe gauche augmenta progressivement et ne redevint normale que 2 heures plus tard. A ce moment le pouls disparaissait à la pédieuse et à la poplitée gauches. Guérison par première intention. Le malade quitte l'hôpital le 13 Novembre 1923, étant en état de se promener toute la journée.

L'examen microscopique des trois fragments d'embolus a montré qu'ils avaient le même aspect de thrombus mixte; il n'existait pas de thrombose secondaire au contact du caillot primitif.

P. insiste alors sur l'état de contracture que présentait le fragment artériel sous-jacent à l'artériotomie et c'est très probablement à cause de cet état que le pouls n'est reparu qu'au bout de 2 heures lorsque la contracture a cessé. J. Sénèque.

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS (Paris)

Tome XIII, n° 5, Mai 1924.

Gilbert Robin. ***Les troubles psychiques à évolution prolongée dans l'encéphalite épidémique.*** — Le diagnostic de ces troubles est facile du fait de l'anamnèse et de la coexistence de reliquats organiques de l'encéphalite. Mais il peut ne persister aucun reliquat organique, surtout chez l'enfant, dont la guérison somatique est suivie fréquemment de troubles graves du caractère M. H. Claude insiste toutefois sur la persistance habituelle de troubles de la convergence.

Chez l'adulte, en dehors de cas de dépression qu'on observe notamment chez les sujets atteints de parkinsonisme post-encéphalitique, on rencontre souvent les deux états suivants :

1° *Syndrome confusionnel.* — Dans les cas simples, il s'agit d'une psychose somnolente persistante (Lhermitte) : le sujet a un air endormi, avec asthénie psychique, fatigabilité, troubles de l'attention et ralentissement psychique, bradyphrénie de Naville. On note souvent le passage très rapide de l'état de dépression à la gaîté et à l'excitation (H. Claude).

A un degré de plus, c'est la confusion mentale confirmée. Ces états confusionnels peuvent s'améliorer et guérir, mais sont éminemment sujets à des rechutes à intervalles plus ou moins éloignés, pouvant nécessiter l'internement. Le pronostic doit donc être réservé.

2° *Syndrome hébéphréno-catatonique*, rappelant la démence précoce, mais sans signes de discordance (Lhermitte). Les résultats de la ponction lombaire et la constatation de signes physiques ressortissant à l'encéphalite épidémique trancheront le diagnostic.

Chez l'enfant, les troubles du caractère sont de règle : ils sont très polymorphes. Ces enfants sont à la fois des dormeurs et des indisciplinés; les fugues sont fréquentes. L'arriération pédagogique est la règle. Le pronostic est très réservé, bien qu'on puisse voir les troubles s'atténuer à la longue. La conservation de l'affectivité, l'absence d'affaiblissement démentiel, certaines améliorations constatées, partielles ou globales, sont cependant des facteurs atténuant la sévérité du pronostic.

L. Rivet.

LA REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES PRATICIENS (Paris)

Tome III, n° 4, Janvier-Février 1924.

B. Saad. ***La méningite aseptique de la rachicentèse.*** — Après avoir relaté 8 observations personnelles, S. dégage les caractères cliniques de cette méningite, dont les principaux symptômes sont : la rachialgie, la céphalée, les contractures, débutant par la raideur de la nuque, une fièvre très inconstante, etc. Débutant le lendemain de la ponction lombaire, cette méningite aseptique dure habituellement de 2 à 5 jours, pour se terminer par guérison spontanée, les contractures disparaissant les premières.

S. a montré qu'outre la soustraction de liquide par la ponction, il fallait incriminer le pertuis duremérien créé par l'aiguille, pertuis qui ne se ferme habituellement qu'au bout de 30 heures. Si l'on fait une nouvelle ponction lombaire, au cours du syndrome méningé, on trouve une légère lymphocytose et une très légère augmentation du taux de l'albumine. S. admet la théorie de l'irritation cortico-méningée par troubles de l'hydraulique : à la suite de la ponction et de l'écoulement prolongé du liquide par le pertuis non oblitéré, il se produit une hypotension qui provoque un afflux de sang et de lymphe dans les vaisseaux pie-mériens et cérébraux et dans les gaines vasculaires, congestion surtout irritante si cet afflux apporte des toxines organiques ou microbiennes. Il n'y a pas de réaction méningée si le pertuis dure-mérien s'oblitère rapidement ou si la sécrétion des plexus choroïdes et des vaisseaux pie-mériens répare vite la perte de liquide et rétablit l'équilibre.

Au point de vue thérapeutique, S. conseille de laisser les malades au lit 24 heures avant toute ponction lombaire; de ne ponctionner qu'en décubitus latéral, de laisser ensuite les malades dans le décubitus horizontal pendant 48 heures; de ne retirer que 4 à 8 cmc de liquide, et sans aspiration; d'employer une aiguille fine, pour réduire au minimum la blessure méningée. Il rappelle qu'on a recommandé de pratiquer de grandes injections de solution salée physiologique, à la suite de la ponction lombaire, pour empêcher les accidents de décompression (Pagniez). Parfois la médication sédative (bromures, antipyrine, opium) améliore les symptômes.

L. Rivet.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST

Tome CI, n° 9, 10 Mai 1924.

J. Vergely. ***Céphalées par insuffisance surrénale.*** — V. relate 3 observations : un cas de céphalée frontale constatée chez un blessé du crâne avec entérite chronique, un cas de céphalée postérieure chez une femme enceinte attirant surtout l'attention sur ses vomissements, un cas de céphalée se produisant chez une jeune fille à propos d'un retard des règles. La constatation d'autres signes d'insuffisance surrénale : lassitude, anorexie, ligne blanche, hypotension, conduisit à prescrire la solution d'adrénaline au 1/1 000, qui amena la guérison.

Ces céphalées ne présentent pas de caractères spéciaux et ne peuvent être dépistées que par la coexistence d'autres signes plus habituels de l'insuffisance surrénale. Il importe d'administrer d'emblée une dose suffisamment forte d'adrénaline, qu'on ne peut déterminer que par tâtonnements, quitte à diminuer ensuite; dans les cas plus rebelles, on peut avoir recours à l'administration d'extrait total de l'organe déficient.

L. Rivet.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

Tome XLV, n° 24, 14 Juin 1924.

A. Hartwich. ***La ponction sous-occipitale.*** — H. a pratiqué cette ponction 91 fois chez 58 malades âgés de 6 mois à 75 ans, et jusqu'à 13 fois dans une méningite cérébro-spinale qui guérit, sans observer le moindre incident pendant et après l'intervention.

Il ponctionne d'ordinaire en position couchée. La ponction est plus facile en position assise, mais, en raison de la pression négative du liquide céphalorachidien, il faut alors avoir recours à l'aspiration. Après avoir repéré la protubérance occipitale et l'apophyse épineuse de l'axis, on enfonce l'aiguille sur la ligne médiane à égale distance de ces 2 saillies et à 3 cm. de profondeur chez l'enfant, à 4 chez l'adulte, on perçoit la résistance du ligament atloïdo-occipital. Dès qu'on l'a perforé, on arrive dans le confluent postérieur (grande citerne). La profondeur à laquelle on doit enfoncer l'aiguille n'est pas facile à indiquer exactement; elle est de 4 à 5 cm. chez l'adulte, ce dernier chiffre étant le maximum noté par H. chez une obèse.

La ponction sous-occipitale n'est pas plus dangereuse que la ponction lombaire : la moelle est encore à 1 cm. 5 de la membrane occipito-atloïdienne dont il est aisé de sentir la résistance; la blessure du cervelet serait peut-être possible au cas où ce dernier serait refoulé en bas par le développement d'une tumeur intracranienne; le danger d'hémorragie est nul, le peu de vascularité de la région permet de recueillir un liquide presque toujours dépourvu de sang. La ponction sous-occipitale présente sur la ponction lombaire les avantages suivants : douleur moindre, obtention d'un liquide non sanglant, échec exceptionnel.

La comparaison des résultats fournis par les deux ponctions chez les mêmes sujets indique que la richesse en cellules dans les cas pathologiques est presque toujours plus grande dans le liquide de la ponction lombaire, que la teneur en globulines est la même, que la réaction de Wassermann et les réactions colloïdales concordent presque toujours. Par contre, à l'inverse d'Eskuchen qui a trouvé des chiffres semblables pour la pression en position couchée, H. a constaté une pression un peu plus forte dans la grande citerne que dans la région lombaire; en position assise on observe dans certains cas pathologiques, méningites surtout, une pression positive dans la grande citerne.

P.-L. Marie.

E. Kylin. ***Le taux du calcium du sang dans l'hypertension essentielle.*** — K. soutient que l'hypertension artérielle essentielle n'est pas la conséquence d'une altération rénale; sa cause résiderait dans un trouble du système nerveux végétatif dont l'essence même est encore ignorée, comme c'est le cas pour celle de l'asthme et des autres névroses végétatives (urticaire, etc.).

Les recherches de ces dernières années ont montré que certains électrolytes jouent un rôle considérable à l'égard du système nerveux végétatif, les ions Ca et K semblant les plus importants, Ca excitant le sympathique, K le pneumogastrique.

A l'appui de la pathogénie neurogène de l'hypertension qu'il soutient, K. invoque ses constatations sur la teneur du sang en Ca. Dans 16 cas d'hypertonie essentielle, elle a oscillé entre 9 milligr. 5 et 11 milligr. pour 100 (moyenne 10 milligr. 3), alors que la teneur normale est de 10,65 à 12 milligr. Le rapport des ions K aux ions Ca est donc modifié au détriment du Ca et cette constatation va de pair avec la prépondérance du vague sur le sympathique que K. a mise en évidence chez les hypertoniques au moyen de l'épreuve à l'adrénaline.

L'ingestion de chaux et d'atropine est susceptible chez ces malades de relever le taux du Ca sanguin et en même temps de rendre normale la réaction à l'adrénaline.

P.-L. Marie.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Tome LXXIV, n° 25, 14 Juin 1924.

Brandweiner. ***La toxi-résistance des spirochètes et le traitement de la syphilis.*** — B. montre, par la discussion de quelques observations, que la véritable arséno-résistance des spirochètes de la syphilis est d'une extrême rareté. Ce terme doit être réservé pour désigner les cas où les traitements restent sans aucune action, ni sur les accidents cliniques de la maladie, ni sur ses manifestations sérologiques. Or, ce que l'on voit bien plus fréquemment, c'est une tendance aux récidives cliniques et sérologiques, malgré des traitements parfois intensifs et répétés, dont chacun a exercé une influence passagère sur la maladie. Cette tendance à la récidive est due à ce que certains des spirochètes, — peut-être des formes de résistance, — n'ont pas été atteints par le médicament (salvarsan, dans les observations de B.), à cause de la répartition irrégulière de ce dernier dans l'organisme, et de la situation plus ou moins dissimulée des parasites dans les différents tissus. B. conclut, de ses observations, qu'il est indispensable de ne pas laisser plus de quatre semaines d'intervalle entre les cures successives de salvarsan. Dans les cas d'intolérance à ce médicament, on pourra recourir aux autres antispécifiques, mais de préférence au bismuth. Avant d'espacer les cures, et, plus tard, avant de conclure à la guérison, il importe de pratiquer l'épreuve de la réactivation sérologique. Même lorsque cette dernière aura été négative une fois, une cure de consolidation est toujours nécessaire.

Les observations de récidives rapportées par B., étant donné les doses d'arsenic employées et l'espacement des cures, viennent à l'appui des lignes de conduites adoptées par les syphiligraphes français.

J. Mouzon.

N° 26, 21 Juin 1924.

Gustav Hofer. ***Contribution clinique et technique à la resection du nerf dépresseur dans l'angine de poitrine.*** — H. a recherché, sur 30 cadavres, l'existence de rameaux pneumogastriques qui présentent les caractères du nerf dépresseur de Cyon : rameaux naissant du vague lui-même ou du laryngé supérieur, et pénétrant isolément dans la cavité thoracique. Partant de cette donnée que ce rameau est le nerf sensitif de l'aorte, il a pratiqué huit fois sa résection chez des malades atteints d'angine de poitrine. Il a obtenu cinq guérisons et trois améliorations, et il rapporte l'observation résumée de ses opérés. L'opération exige une technique précise et un certain entraînement (libération complète de la gaine vasculaire du cou jusqu'au trou déchiré posté-

rieur, différenciation attentive de la branche descendante de l'hypoglosse, du rameau moteur du laryngé supérieur, du phrénique, des filets du sympathique). L'opération ne comporte pas de danger, à condition de la pratiquer d'un seul côté, et de ne la renouveler, — s'il en est besoin, — de l'autre côté qu'après guérison complète de la première plaie opératoire. Cependant l'obligation où l'on se trouve de disséquer tous les nerfs de la région expose assez souvent à des parésies de l'hypoglosse, à des symptômes d'excitation du pneumogastrique (vomissements, hypoesthésie laryngée) et surtout à des paralysies récurrentielles.

Cependant il est des cas où on ne trouve pas, chez l'homme, le nerf dépresseur. Que faire en pareille occurrence? Dans deux cas, H. referma après recherche infructueuse du nerf. Les accès reparurent, bien entendu, dans ces deux cas, comme avant l'opération. Dans deux autres cas analogues, H. fit la résection du sympathique et du ganglion étoilé. Le résultat fut mauvais : une mort, 24 heures après, d'œdème aigu du poumon, et un insuccès complet. Chez trois autres opérés, le nerf dépresseur ne pouvant être découvert, H. fit une section du pneumogastrique droit au-dessous de l'origine du récurrent : cette opération, grâce à une instrumentation spéciale, ne comporte pas de difficulté. Mais les crises d'angine de poitrine ne subirent aucune modification. On pourrait peut-être essayer, soit la section des rami communicantes (Danielopolu), soit la section du pneumogastrique, que H. a déjà proposée. Cependant la crainte des troubles laryngés a jusqu'à présent toujours arrêté l'auteur. J. Mouzon.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Tome XXXVII, n° 25, 14 Juin 1924.

Emil Wessely. ***Une nouvelle méthode de traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures au moyen de la lumière artificielle en application locale*** (avec une introduction du **Prof. M. Hajek**). — La thérapeutique des tuberculoses laryngées reste bien décevante. Les antiseptiques locaux détergent les ulcérations, mais ne les guérissent pas. La chirurgie par voie endolaryngée n'a que des indications très limitées, au cas où les lésions sont très localisées et où l'état général reste bon; encore les succès apparents de cette méthode sont-ils peut-être le fait des formes fibreuses, qui peuvent guérir seules, comme Hajek en rapporte un exemple. Le galvano-cautère possède aussi des indications spéciales, pour remplacer ou pour compléter l'acte opératoire dans les infiltrats mous ou dans les ulcérations confluentes. La tuberculinothérapie n'a jamais donné à Hajek de bon résultat. Il est donc naturel de tenter l'application, aux voies respiratoires, de l'héliothérapie qui a donné de si bons résultats dans un grand nombre de localisations tuberculeuses. De nombreuses tentatives, depuis Sorgo (1904), ont été faites dans ce sens, mais sans grand succès. W. a repris ces essais, mais avec un appareillage approprié qu'il a créé. Il utilise une lampe à arc, dont les charbons ont subi une imprégnation spéciale qui renforce la richesse du spectre en rayons bleus, violets ou ultra-violets, — un système de projection lumineuse, emprunté aux projecteurs militaires, qui permet d'obtenir une intensité de lumière considérable, — un appareil à circulation d'eau, qui empêche une élévation de température excessive. Cet appareil, expérimenté sur la peau, donne, après 7 minutes d'application, un violent érythème suivi de pigmentation et de desquamation. Mais la muqueuse est moins susceptible que la peau. L'application, sur le point malade de la muqueuse des voies respiratoires supérieures, peut se faire, soit indirectement, par l'intermédiaire d'un miroir laryngé, qui doit être un miroir en métal (nickel), pour pouvoir réfléchir une quantité suffisante (44 pour 100) de rayons actifs, et qui est maintenu immobile par une sorte de mors prenant point d'appui sur les arcades dentaires, — soit directement, par laryngoscopie suspendue. W. emploie tantôt l'une, tantôt l'autre de ces méthodes selon le point de la muqueuse à atteindre. Les séances sont précédées d'anesthésie locale; elles durent généralement de 7 à 10 minutes, en lumière réfléchie, 4 à 5 minutes en éclairage direct. Elles sont répétées d'abord tous les deux jours, puis à de plus longs intervalles, et sont continuées pendant un temps variable de quelques semaines jusqu'à un an et demi. Le plus souvent, ce traitement est parfaitement toléré, sans réaction. En cas d'irradiation trop intense, on peut cependant observer des douleurs quelques heures après l'application, et l'apparition d'un enduit fibrineux. Les résultats sont variables. Dans 48 pour 100 des cas (sur 164 cas), il y a guérison ou amélioration : cicatrisation, en quelques semaines, d'ulcérations qui traînaient depuis des années, — résorption d'infiltrats; bien entendu, les cracheurs de bacilles ne sont pas à l'abri des récidives. — D'autres fois, le traitement paraît sans action (12 p. 100) : il s'agit généralement de lésions des parois ventriculaires ou de la paroi postérieure, que le rayon lumineux atteint difficilement. Enfin il semble parfois qu'il y ait aggravation consécutive, qui oblige à arrêter le traitement (14 pour 100) : c'est le fait des malades dont l'état général est trop ébranlé. Les 26 pour 100 qui restent sont des cas qui ont été traités exclusivement pour le symptôme dysphagie. les 4/5 d'entre eux en ont tiré bénéfice.

Il convient de faire remarquer que le traitement a été appliqué seul, sans aucune thérapeutique adjuvante, — que les malades étaient tous des tuberculeux pulmonaires (W. n'a pas rencontré de tuberculose laryngée primitive), — enfin que l'appareil utilisé a l'avantage de permettre la généralisation du procédé, puisqu'il permet de traiter 25 patients en une seule matinée. J. Mouzon.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

Tome XXXIX, n° 6, 1er Juin 1924.

G. C. Linder, C. Lundsgaard et D. Van Slyke. ***La concentration des protéines du plasma au cours des néphrites.*** — Chez des malades atteints de formes cliniques diverses de néphrite, L., L. et V. ont fait des recherches en série sur la teneur du plasma en protéines et sur la proportion respective de ces dernières (globulines, sérum-albumine); ils ont essayé de relier les modifications constatées aux symptômes observés : œdème, albuminurie, type clinique.

Ils rangent leurs malades d'après la classification de Volhard qui distingue 3 groupes de néphrites : 1° *Néphroses*, caractérisées cliniquement par une tendance aux œdèmes étendus et aux épanchements, une urine rare de densité élevée renfermant beaucoup d'albumine et de cylindres, mais pas de sang, l'absence d'anémie, d'hypertension, d'hémorragies rétiniennes et d'azotémie notable; anatomiquement par un gros rein blanc, une dégénérescence lipoïdique des tubuli avec dépôt de lipoïdes dans le tissu interstitiel, sans lésions importantes des glomérules ni des vaisseaux.

2° *Glomérulo-néphrites*, caractérisées par l'hypertension, la présence d'albumine, de cylindres et de sang dans l'urine, une anémie plus ou moins intense, des œdèmes inconstants, de l'azotémie, des troubles de l'élimination décelés par les épreuves des fonctions du rein, de l'isosthénurie, fréquemment de la rétinite; Volhard distingue 2 sous-groupes : *glomérulo-tubulaire* (ou néphrosique) où l'hypertension et l'hypertrophie cardiaque sont modérées et la tendance aux œdèmes considérable; à l'autopsie on trouve un gros rein blanc avec des lésions accentuées des tubuli et des glomérules; *vasculo-interstitiel* avec hypertension et hypertrophie du cœur prononcées, peu de tendance aux œdèmes d'origine rénale, évolution souvent insidieuse se trahissant par de la rétinite, de l'affaiblissement général ou des symptômes d'urémie débutante; l'autopsie montre des lésions des glomérules et des artérioles, de l'infiltration interstitielle et dans les cas prolongés un petit rein blanc contracté.

3° *Néphrosclérose*, qui comprend les cas où la lésion primitive atteint les vaisseaux, mais peut se compliquer plus tard d'inflammation glomérulaire vraie, et qui se caractérise par l'hypertension élevée et la grosse hypertrophie du cœur, l'albuminurie faible ou même absente pendant longtemps, l'intégrité fonctionnelle du rein pendant les premiers stades.

Dans la *néphrosclérose*, L., L. et V. n'ont pas trouvé de diminution des protéines du plasma. Au cas de faillite du cœur, le rapport de la sérum-albumine aux globulines (A/G) tombe de la normale 1,5 à 2 jusqu'à 1.

Les 2 types de *glomérulo-néphrites* se distinguent entre eux par des différences tranchées : dans le type *vasculaire interstitiel*, les protéines se comportent comme dans la néphrosclérose et, jusqu'au voisinage de la mort, on n'en constate pas la diminution. Dans le type *glomérulo-tubulaire*, en activité, les protéines tombent au-dessous de 5 gr. pour 100 cmc (normale 5 gr. 5 à 7 gr. 5) qu'il y ait ou non présence d'œdème. Cette diminution atteint surtout la sérum-albumine; les globulines, peu diminuées, sont même parfois légèrement augmentées. Le rapport A/G est inférieur à 1 et peut descendre jusqu'à 0,6.

Dans les *néphroses*, on trouve des modifications analogues, mais dans les formes graves la diminution de la sérum-albumine est encore plus forte que dans la glomérulo-néphrite de type glomérulo-tubulaire, les globulines n'étant que très peu réduites ou étant augmentées. Le rapport A/G tombe à 0,26.

Avec la disparition de l'œdème, il se produit d'ordinaire une augmentation de la concentration des protéines du plasma, mais ceci est assez variable et des concentrations de 4,5 pour 100 ou moins sont compatibles avec l'absence persistante d'œdème. Le rapport A/G tend à monter, mais de façon inconstante. Lorsque la concentration ne dépasse pas 4 pour 100, on constate de l'œdème, mais il peut être léger.

Lorsque la guérison survient dans les cas aigus ou qu'une rémission avec diminution de l'albuminurie se produit dans les cas chroniques, la concentration normale reparaît. Le rapport A/G demeure parfois bas pendant longtemps par suite d'une augmentation absolue dans la concentration des globulines.

Dans l'*albuminurie fonctionnelle*, il n'y a pas de modification des protéines du plasma.

Les faibles concentrations se montrent toujours associées à des pertes considérables d'albumine par les urines, mais ces pertes ne suffisent pas à expliquer dans tous les cas les faits observés et il est probable qu'il existe aussi un trouble dans la production des protéines du plasma; le travail suivant vient le démontrer. P.-L. Marie.

G. C. Linder, C. Lundsgaard, D. Van Slyke et E. Stillman. ***Modifications dans le volume du plasma et quantité absolue des protéines du plasma au cours des néphrites.*** — Ainsi qu'on vient de le voir, la concentration des protéines du plasma est très abaissée dans les néphroses et dans la glomérulo-néphrite du type néphrosique. Cette anomalie résulte-t-elle d'une dilution du plasma produisant un appauvrissement apparent en protéines (pléthore hydrémique) ou bien y a-t-il diminution réelle de la quantité absolue des protéines, le volume du plasma n'étant que peu ou pas modifié? Jusqu'à ces derniers temps on a admis l'existence de la pléthore hydrémique qu'on rendait aussi responsable de l'anémie des néphrites. Les méthodes de détermination du volume total du plasma permettent aujourd'hui de trancher la question. Les auteurs ont employé la technique de Keith et Rowntree au rouge vital pour mesurer la masse du sang, dont on déduit celle du plasma, chez les néphritiques dont ils dosaient les protéines du plasma; l'épreuve fut répétée à plusieurs reprises chez le même malade lorsqu'il existait des œdèmes ou des épanchements.

Dans les néphroses et les glomérulo-néphrites (4 cas) on ne constata pas, même lorsque le taux des protéines du plasma était très au-dessous de la normale, d'augmentation marquée du volume du plasma qui oscilla entre 4 et 6 pour 100 du poids du corps, mais le plus souvent entre 4,5 et 5,5 pour 100 alors que la normale est de 5 pour 100. Le volume du plasma n'est pas influencé par la présence d'œdème; il était même diminué dans certains cas où l'anarsarque était considérable. Par contre, on peut trouver une augmentation du volume du plasma, comme l'avaient déjà vu Keith et Rowntree, lorsque les œdèmes disparaissent. Il n'y a donc pas de rapport constant entre les modifications du volume du plasma sanguin et celles de l'œdème. Aucun argument ne vient à l'appui de l'existence d'une pléthore hydrémique.

Dans la néphrosclérose, la quantité du plasma et celle du sang se montrèrent également normales par rapport au poids du corps. De même dans un cas d'albuminurie fonctionnelle.

La détermination des protéines totales du plasma permit d'établir que leur faible concentration, si fréquente au cours des néphrites, n'est pas due à l'augmentation du volume du plasma, mais à une diminution de la quantité absolue de ces protéines. La globuline totale varie beaucoup moins que la sérum-albumine totale, ce qui plaide encore contre l'hypothèse d'une simple dilution expliquant la diminution de concentration des protéines.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE MÉDECINE
(Paris)

Tome XLI, n° 5, 1924.

Charles Trunecek (Prague). ***La stase des veines pectorales, signe de l'hyperémie pulmonaire.*** La peau de la paroi antérieure du thorax. à l'état normal, ne contient pas de veines visibles. Dans certaines affections, comme la pléthore, les anévrismes intrathoraciques et les tumeurs de la glande mammaire, des réseaux veineux apparaissent au-devant du thorax. En dehors de ces cas, T. a observé des veines pectorales gonflées chez les malades atteints d'hyperémie pulmonaire excessive. Chez les adultes, ces veines sont au nombre de une ou deux de chaque côté; chez les enfants, elles sont d'ordinaire plus nombreuses, mais courtes.

Cette stase des veines pectorales tient à l'existence d'anastomoses entre les vaisseaux des grande et petite circulations : le plexus veineux du médiastin est uni, d'un côté, avec les veines pulmonaires, et, de l'autre, avec les veines azygos et hémiazygos; celles-ci sont en union directe avec les veines mammaires internes, dans lesquelles débouchent les veines pectorales. De cette façon, la stase de la petite circulation se traduit finalement à l'extérieur du thorax.

Ce symptôme apparaît le plus souvent dans l'insuffisance mitrale et la sténose de l'orifice veineux gauche, parfois aussi dans la faiblesse chronique du myocarde gauche, ainsi que dans l'emphysème pulmonaire et la scoliose excessive du thorax. L'apparition de cette dilatation des veines pectorales dépend essentiellement du développement des anastomoses, qui n'est pas égal chez tous les individus : plus elles sont nombreuses, mieux sont supportées les irrégularités de la circulation consécutives à ces anomalies du cœur et plus facilement gonflent les veines pectorales.

T. propose de distinguer les symptômes des maladies en nocifs et réparateurs. La stase des veines pectorales serait un signe réparateur servant à dégager le poumon du sang superflu. Ce nouveau signe renseigne quelque peu sur la réplétion de la petite circulation, qui est inaccessible à notre exploration directe. L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

Tome XVII, n° 5, Mai 1924.

W. Ivens (d'Amsterdam). ***La périartérite noueuse.*** — Depuis Kussmaul et Maier (1866), 80 cas environ de cette affection ont été publiés, sur lesquels 75 fois le diagnostic ne fut posé qu'à l'autopsie; les 5 autres cas ont guéri. Vraisemblablement nombre de cas sont-il méconnus, ce qui s'explique, la symptomatologie de l'affection étant assez mal caractérisée, en dehors de la biopsie d'une nodosité cutanée.

L'auteur donne une description d'ensemble de la maladie et relate 2 observations personnelles, dans lesquelles le diagnostic ne fut porté qu'à l'autopsie. Le 1er cas concerne une femme de 73 ans chez laquelle on avait fait le diagnostic de broncho-pneumonie; le 2e a trait à une fillette de 6 ans chez laquelle on avait porté le diagnostic de septicémie, néphrite et entérite aiguës : à l'autopsie, hémorragies cutanées et viscérales, intumescences fusiformes des vaisseaux coronaires; très gros rein à surface bariolée, avec périartérite noueuse des vaisseaux sur la coupe. Les examens microscopiques montrèrent au niveau des divers organes les lésions artérielles caractéristiques, que l'auteur décrit minutieusement, pour préciser l'histogenèse de la lésion, qui débute par l'adventice, pour infiltrer la totalité de la paroi.

La périartérite de certains animaux (cerf, porc, veau) concorde presque en tous points avec celle de l'homme.

L'étiologie n'a pu jusqu'ici être élucidée. Certains incriminent la syphilis, d'autres une maladie toxique ou toxi-infectieuse. Hémocultures et inoculations n'ont rien donné. Il importera de reprendre des recherches précises dans des cas dépistés pendant la vie des malades. L. Rivet.

Jean Heitz. ***Crises hypertensives chez des femmes ayant présenté autrefois de l'éclampsie.*** — Les femmes qui ont survécu à l'éclampsie, et chez lesquelles une évolution hypertensive s'est manifestée après guérison apparente, restent capables de subir des crises hypertensives, dont la symptomatologie rappelle en tous points celle des saturnins par leur apparition brusque et sans cause apparente, par la coexistence de troubles cérébraux secondaires, par une sédation en général rapide, mais qui n'empêche pas une récidive plus ou moins éloignée.

H. relate 2 faits de ce genre.

Le 1er a trait à une femme qui fut atteinte d'albuminurie gravidique et d'éclampsie à 32 et 33 ans, et qui présente à 47 ans des crises hypertensives, dont l'une laissa pour séquelle une hémiparésie droite.

Dans le 2e cas, on note une forte albuminurie et éclampsie lors d'une première grossesse à 27 ans; plusieurs grossesses ultérieures avec albuminurie, sans éclampsie; céphalées fréquentes; crises hypertensives constatées sur un fond d'hypertension permanente modérée à 50 ans.

A l'autopsie de malades de ce genre, il importera d'étudier avec soin la médullaire surrénale. Dans un cas de crises solaires avec hypertension terminé par la mort, Marcel Labbé, Tinel et Doumer ont trouvé à l'autopsie une tumeur développée dans la substance médullaire d'une surrénale. L. Rivet.

BRUXELLES MÉDICAL

Tome IV, nos 51 et 52, 29 Mai et 1er Juin 1924.

F. Françon (Aix-les-Bains) **et J. Hutinel** (Paris). ***Les données nouvelles sur l'amibiase hépatique.*** — Depuis la guerre, tout médecin est exposé à rencontrer l'amibiase hépatique dans sa pratique, il importe donc de bien connaître ses manifestations. Dans une remarquable étude d'ensemble, F. et H., qui ont consacré déjà de nombreux travaux originaux à ce sujet, nous montrent comment il faut le comprendre aujourd'hui.

L'amibiase hépatique se voit habituellement chez d'anciens dysentériques coloniaux, mais il faut tenir compte des contaminations autochtones, et assez souvent l'enquête étiologique est complètement négative. Pour les auteurs récents, le protozoaire peut réaliser la purulence, en l'absence des germes d'infection secondaire.

F. et H. décrivent d'abord la forme commune, qui peut réaliser les types suivants: congestion aiguë, pouvant avorter ou passer à l'abcès; hépatite aiguë proprement dite; abcès aigu; abcès chronique.

Puis ils individualisent les formes moins courantes : hépatite suppurée subaiguë; hépatite subaiguë non suppurée (hépatite simple de Ravaut et Charpin); hépatite chronique simple type Paisseau et J. Hutinel; hépatites chroniques avec foyers nodulaires spécifiques et réactions secondaires diverses; hépatites mixtes.

En présence d'un tel polymorphisme, on conçoit que le diagnostic n'est possible qu'en y pensant de parti pris devant tout gros foie douloureux. F. et H. exposent les moyens de déceler l'origine amibienne des accidents En cas de doute, ils préconisent l'essai thérapeutique par l'émétine et le novarsénobenzol.

Le traitement par l'émétine et le novarsénobenzol a été bien réglé par Ravaut. Sa mise en œuvre transforme le pronostic et permet souvent d'éviter l'intervention chirurgicale.

L. Rivet.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Tome L, n° 25, 20 Juin 1924.

H. Gerhartz. ***Contribution à l'étude de l'œdème essentiel; l'augmentation de la teneur en eau de l'organisme.*** — L'œdème essentiel bradycardique, qui survient indépendamment de toute lésion cardiaque ou rénale et qui s'est montré fréquemment pendant la guerre dans les pays de l'Europe centrale (œdème de guerre), s'accompagne d'une hydratation exagérée des tissus et des organes comme le montrent les analyses de G. pratiquées sur les sujets ayant succombé à cette maladie.

Le sang présente une hydrémie accentuée : le résidu sec du sang défibriné peut tomber à 10 gr. 8 (normalement 21 gr. pour 100) et celui du sérum à 5 gr. 5 (normalement entre 9 et 10,6), ce dernier chiffre indiquant qu'une partie de l'hydrémie relève d'un appauvrissement en albumine du sérum sanguin.

La teneur en eau des muscles est également très exagérée, oscillant entre 81 et 84 pour 100, alors qu'elle est de 73 pour 100 normalement; le dosage des graisses musculaires indique une diminution notable, tandis que le taux des albumines est voisin de la normale.

La richesse en eau du muscle cardiaque est également augmentée : 83 pour 100 au lieu de 80 pour 100.

P.-L. Marie.

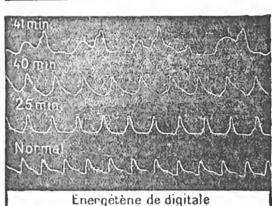
SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Tome LIV, n° 24, 12 Juin 1924.

O. Amrein (de Arosa). ***Evolution et guérison de la tuberculose pulmonaire dans la haute montagne.*** — A. décrit la technique et les résultats de la cure d'altitude, telle qu'il la pratique à Arosa. Même les tuberculeux au début, complètement apyrétiques, sont soumis, au moment de leur arrivée, à une cure de repos au lit rigoureuse, pendant 8 à 10 jours ou même davantage. Dès que le poids commence à remonter, il permet le mouvement, puis les excursions, le sport. Au bout de 3 à 6 mois, les malades ont généralement repris toute leur aptitude au travail. Dans les cas plus avancés, le pronostic et la conduite de la cure dépendent de l'étendue des lésions locales, mais surtout de l'état du pouls et de la température. Quand la température reste en moyenne au-dessus de 38°5, le pouls à 120 ou au-dessus, et qu'il n'y a pas d'amélioration après un traitement de quelques semaines, il n'y a rien à attendre du séjour à la montagne. Dans les tuberculoses fébriles, A. fait observer le repos au lit tant que la température buccale dépasse 37°3, et il ne permet le repos à la chaise longue sur la terrasse que si la température est restée au moins 5 jours à 37°2 au maximum. Cependant il y a quelques rares malades émotifs que la mesure répétée de la température impressionne à l'excès, et qui ne deviennent apyrétiques qu'à partir du moment où on leur permet de se promener. D'autres, anciens syphilitiques, ne voient leur fièvre tomber que s'ils sont soumis à un traitement spécifique. Il faut toujours songer à cette dernière éventualité en présence d'une température persistante. La fièvre, les sueurs nocturnes, l'appétit, l'état moral sont presque toujours influencés de la manière la plus favorable par la cure d'altitude. Les hémoptysies ne sont pas plus fréquentes qu'en plaine et ne constituent pas une contre-indication de l'altitude : 23,62 pour 100 des tuberculeux d'Arosa avaient eu des hémoptysies avant leur arrivée à la station; 2,91 pour 100 seulement en eurent pendant leur cure, et, sur ce nombre, 1,51 pour 100 seulement firent leur première hémoptysie à Arosa.

Les contre-indications de la cure d'altitude sont la tachycardie permanente à 120 ou davantage au repos, la dyspnée, les températures à maxima restant à 38°5, les fièvres de type inverse, les lésions étendues à trois lobes pulmonaires, les hémoptysies abondantes et répétées avec défaillance cardiaque, les tuberculoses laryngées graves avec ulcères profonds ou lésions des cartilages (les formes moins avancées peuvent bénéficier beaucoup de l'altitude), les tuberculoses intestinales ou rénales graves quand elles sont secondaires aux lésions pulmonaires (les formes primitives sont au contraire des cas favorables pour la cure), les insuffisances cardiaques non compensées, les formes graves d'athéromatose, de néphrite chronique. de rhumatisme chronique, de diabète, de goutte, les leucémies et les anémies pernicieuses (les anémies symptomatiques et, en particulier, l'anémie palustre se trouvent au contraire très bien de la montagne), les troubles mentaux graves.

La cure d'altitude peut être poursuivie en toutes saisons et il n'y a nullement lieu de redouter l'époque



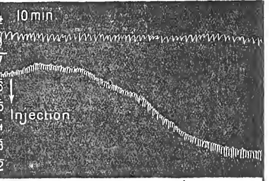
Energètène de digitale

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : **LES ÉTABLISSEMENTS BYLA**
26, Avenue de l'Observatoire, Paris
Usines et Laboratoires de Recherches à GENTILLY (Seine)
Registre du Commerce ... 1895

DOSAGE CHIMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE RIGOUREUX

XXXVI gouttes = 1 gr. Energètène = 1 gr. Plante fraîche

OPOTHÉRAPIE VÉGÉTALE

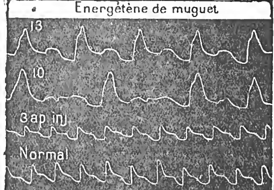


Energètène de gui

Tout le SUC inaltérable de la PLANTE fraîche et vivante

D'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE CONSTANTE, STABILISÉ ET CONCENTRÉ DANS LES

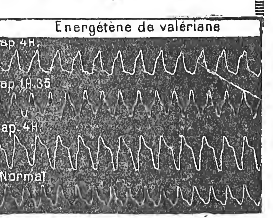
Energètènes Byla


Energètène de muguet

Digitale, Colchique :
X à XXX gouttes p. jour.

Aubépine, Genêt, Muguet, Gui, Sauge :
XXX à L gouttes p. jour.

VALÉRIANE
Cassis, Marrons d'Inde :
1 à 3 cuillerées à café p. jour.


Energètène de valériane

LABORATOIRES BAILLY

15 & 17 Rue de Rome, PARIS (8e)

TÉLÉPHONE Wagram 85-19, — 62-29, — 63-79

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Adr. Télégr. : BAILLYAB-PARIS

DÉNOMINATIONS	COMPOSITION	PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
PULMOSERUM	Phospho-Gaïacolate de Chaux, de Soude et de Codéine.	*Antibacillaire, Reminéralisant, Histogénique, Hyperphagocitaire, Anti-Consomptif.*	Toux catarrhale. Laryngites, Bronchites, Congestions pulmonaires, Sequelles de Coqueluche et Rougeole. — Bacilloses.	*Une cuillerée matin et soir, au milieu des repas, dans un peu d'eau.*
FORXOL	Acide hexoso-hexaphosphorique, Monométhylarsinate acides. Nucleo-phosphates Mn, Fe, Ca, Bases pyrimidiniques.	*Reconstituant complet pour tout organisme. Dynamogénique, Stimulant hématogène, Anti-déperditeur, Régulateur des échanges cellulaires.*	Etats de dépression, Faiblesse générale. Troubles de croissance et de formation. Neurasthénie, Anémie, Débilité sénile, Convalescences.	*Une à deux cuillerées à café, suivant l'âge, au milieu des deux principaux repas, dans un peu d'eau, de vin ou un liquide quelconque.*
UROPHILE (Granulé Effervescent)	Acide Thymioique, Benzoates, Diméthyl-Pipérazine, Urotropine Lithine.	*Uricolytique, Diurétique, Régulateur de l'activité hépatique, Antiseptique des voies urinaires et biliaires.*	Diathèse arthritique, Goutte aiguë et chronique, Gravelle urique, Lithiase biliaire, Rhumatismes, Cystites.	*Une cuillerée à soupe, dans un peu d'eau, deux fois par jour, entre les repas.*
THÉINOL (Élixir)	Théine méthylquinizol en combinaison benzoïque.	*Euphorique. Antidépresseur. Analgésique. Régulateur des fonctions nerveuses. Tonique circulatoire.*	Migraines, Névralgies, Douleurs rhumatoïdes, Crises gastro-intestinales, Dysménorrhée.	*Deux cuillerées à dessert à une heure d'intervalle l'une de l'autre.*
OPOBYL (Dragées)	Extrait hépatique, Sels biliaires. Boldo et Combretum, Rhamnus.	*Cholagogue, Rééducateur des fonctions entéro-hépatiques, Décongestif du foie et des intestins.*	Hépatites, Ictères, Cholécystites, Lithiase biliaire, Entéro-colites, Constipation chronique. Dyspepsie gastro-intestinale.	*Deux à huit dragées par jour après les repas.*

R. C. Seine . 1079

Échantillons et Brochures sur demande

de la fonte des neiges : bien des malades séduits par l'attrait du printemps dans la plaine quittent trop tôt la station, et, à leur retour en plaine, s'exposent à une épidémie de rhumes saisonniers qui les aggravent. Le pneumothorax artificiel est réalisé dans de bonnes conditions à l'altitude, mais la résorption du gaz s'y fait moins vite qu'en plaine, la pression relative y est plus forte et il faut en tenir compte au moment des déplacements des malades : réinsuffler rapidement les malades qui viennent d'arriver de la montagne à la plaine; n'insuffler que sous faible pression les malades qui vont partir de la plaine à la montagne. Par contre, l'héliothérapie doit être formellement proscrite chez les tuberculeux pulmonaires. La durée moyenne de la cure est de sept mois environ.

A. rapporte une série de statistiques qui témoignent des résultats obtenus tant à Davos qu'à Arosa. Ces statistiques sont difficiles à interpréter à cause du caractère artificiel des classifications cliniques adoptées. Parmi les malades suivis par A., les résultats éloignés (de 1 à 9 ans) se répartissent de la manière suivante : 65 pour 100 de succès durable (proportion variant de 11,50 pour 100 à 85,50 pour 100 selon la gravité des lésions pulmonaires), 20 pour 100 d'insuccès et 15 pour 100 de morts.

J. Mouzon.

Hedwig Plüss. ***L'iso-agglutination dans le sang humain et sa transmission héréditaire.*** — P. a repris l'étude des groupes sanguins chez 543 sujets répartis en 35 familles différentes; il a choisi généralement des familles dont il pouvait examiner un très grand nombre de membres (jusqu'à 41). Les résultats obtenus confirment ce que nous savons de l'hérédité des groupes sanguins et de la transmission de leurs caractères selon les lois mendéliennes.

Les 543 Suisses examinés se répartissent de la manière suivante : groupe I (globules non agglutinables, sérum agglutinant les globules de tous les autres groupes) : 42,6 pour 100 ; groupe II : 43,1 p. 100 ; groupe III : 8,8 pour 100 ; groupe IV : 5,5 pour 100. Ces résultats sont de même ordre que ceux qu'on a généralement obtenus chez les Européens. Le groupe III est beaucoup plus fréquent chez les nègres ou chez les Orientaux (Hindous en particulier).

L'agglutination a été recherchée en mettant en présence les globules rouges du sujet avec des sérums témoins additionnés d'une goutte d'eau salée physiologique. Le résultat était apprécié par examen macroscopique, la loupe ou le microscope ne pouvant que compliquer la lecture en exposant à des erreurs avec la mise en piles des hématies. Il importe d'utiliser toujours de bons sérums témoins, agglutinant fortement, une concentration pas trop forte du sérum, et de pratiquer l'épreuve à une température moyenne pour éviter l'auto-agglutination produite par le froid.

La transmission héréditaire des groupes sanguins obéit aux lois de l'hérédité mendélienne. P. indique en une série de tableaux les divers types d'hérédité qu'il a pu observer selon le groupe des ascendants et selon que chacun d'eux est homozygote ou hétérozygote. Une conséquence importante de la variété des types de transmission est que, dans bien des cas, les parents ne sont pas aptes à servir pour la transfusion du sang à leurs propres enfants : il faut recourir par exemple à un oncle ou à une tante pour retrouver le groupe sanguin de l'enfant. De plus, il n'y a pas de relation entre le groupe sanguin et les autres caractères héréditaires, tels que la taille, la coloration de la peau, des yeux ou des cheveux.

Les conclusions de P. sont favorables à l'utilisation des groupes sanguins en médecine légale (recherche de la paternité, identification des taches de sang). Cependant, chez une malade, P. a vu une modification du groupe sanguin à la suite d'un traitement électrique prolongé. D'autre part, chez les sujets du groupe III, le pouvoir agglutinant du sérum est souvent faible et variable d'un cas à l'autre.

J. Mouzon.

N° 25, 19 Juin 1924.

Max Holzmann. ***Thrombose et embolie à la clinique gynécologique de l'Université de Zurich dans le cours des 20 dernières années*** — Le matériel clinique et anatomique utilisé par H. porte sur des centaines d'observations, et il permet de reprendre différents points de l'histoire des thromboses et des embolies puerpérales et post-opératoires.

Au point de vue étiologique, il signale à côté du rôle de l'infection les facteurs prédisposants constitués par les grandes hémorragies, par les troubles de la circulation générale, par l'âge avancé, par le ralentissement qu'apportent, au cours du sang, certaines dispositions locales : compression de la veine fémorale par la branche descendante du pubis pendant le repos au lit, circulation plus difficile dans la veine fémorale gauche que dans la droite. L'intervention de l'hérédité ou d'une constitution spéciale ne paraît pas évidente à H. Les grandes embolies pulmonaires mortelles proviennent le plus souvent de thromboses de la veine fémorale, de la veine hypogastrique ou des veines iliaques, 6 pour 100 des thromboses fémorales autopsiées se compliquaient d'embolies de la petite circulation. Sur 27 embolies pulmonaires mortelles, 22 obstruaient le tronc même ou la bifurcation de l'artère pulmonaire ; dans 5 autres cas il y avait seulement obstruction d'une des branches : 4 fois la droite et 1 fois la gauche.

L'époque d'apparition des signes de thrombose est variable : sur 75 cas de thrombose fémorale puerpérale, la plupart apparurent le 8e jour, mais on put en observer du 3e au 6e jour. Les thromboses puerpérales de la saphène interne s'observent du 1er au 37e jour, en moyenne le 3e ou 4e jour. Les thromboses post-opératoires sont en général un peu plus tardives. Parmi les signes avant-coureurs on ne peut compter observer toujours le « signe de Mahler » (accélération progressive du pouls), non plus que le « signe de Michaelis » (température subfébrile de la phase préoblitérante). Cependant il est fréquent de constater une certaine dissociation du pouls et de la température. Les troubles gastriques, le météorisme, la dysurie sont plus inconstants encore.

L'embolie foudroyante est rare : 2 cas sur 31. Les grandes embolies tuent en un temps qui varie de 1 minute 1/2 à 18 jours. Les symptômes peuvent être de 2 types différents : tantôt symptômes d'asphyxie, tantôt symptômes d'insuffisance cardiaque. Parmi les signes d'auscultation parfois observés, H. cite, outre la dilatation du cœur droit, l'insuffisance tricuspidienne l'accentuation du 2e bruit pulmonaire, un souffle systolique pulmonaire. Dans les embolies non mortelles, le signe majeur, qui est le crachat hémoptoïque, apparaît dans les délais les plus variables de 15 minutes à 9 jours. Les embolies pulmonaires se produisent avec une égale fréquence dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement; après les opérations, on peut les redouter surtout dans la 2e semaine et au début de la 3e. Les signes de thrombose n'avaient été reconnus au préalable que dans 11 pour 100 des cas. Les embolies ont été multiples dans plus du tiers des cas. Sur 31 embolies mortelles, 18 survinrent sans cause provocatrice appréciable. Dans les 13 autres observations, elles se produisirent à l'occasion du premier lever d'un changement de lit, d'un effort de défécation, d'une injection vaginale, de la palpation des vaisseaux pendant une laparotomie.

Parmi les diagnostics que discute H., on peut relever celui qu'il établit entre les thromboses des veines superficielles et les phlébites; dans ces dernières, les phénomènes inflammatoires aigus sont plus marqués et la palpation ne permet pas de sentir l'oblitération.

La suppuration est une complication peu fréquente, elle n'existait que dans 40 pour 100 des autopsies de thromboses fémorales. Sur 3 cas de gangrène massive du membre, il y avait 2 fois thrombose artérielle associée.

Au point de vue thérapeutique, H. recommande beaucoup à titre préventif, la « gymnastique des accouchées » de Walthard (la statistique, qui était de 6 embolies mortelles sur 28 000 accouchées, de 1903 à 1920, est maintenant de 1 embolie sur 20.000 accouchées, grâce à ce procédé), les bandages contre les varices pendant la grossesse. Une fois la thrombose confirmée, il préconise l'élévation permanente de l'extrémité, les pansements humides contre les douleurs. Dans les embolies pulmonaires, il n'a jamais fait pratiquer l'opération de Trendelenburg, qui, dans les cas les plus favorables, n'a pas donné plus de 5 jours 1/2 de survie.

J. Mouzon.

N° 26, 26 Juin 1924.

Prof. Robert Bing (de Bâle). ***La signification des automatismes moteurs choréiques et athétosiques.*** — B. fait une revue des notions que nous possédons sur la physiologie pathologique des mouvements choréo-athétosiques; il envisage successivement la place qu'ils occupent parmi les mouvements involontaires de type automatique, les lésions de la région des noyaux gris centraux dans les chorées aiguës, les lésions du putamen et du noyau caudé dans les chorées chroniques, le développement successif, dans la série animale, du palæostriatum (système pallidal), avec sa structure histologique particulière, et du néostriatum, de structure différente, qui forme un tout embryologique et physiologique, bien qu'il soit constitué par le putamen et par le noyau caudé. Il fait remarquer que les mouvements choréiques purs ne s'observent guère que dans la chorée de Sydenham, que les affections du putamen semblent commander plutôt les mouvements choréiques, les lésions du noyau caudé, les mouvements athétosiques. Il pense que les lésions striées interviennent sans doute aussi dans les spasmes de torsion, dans les myoclonies, dans la maladie nerveuse des jeunes chiens, peut-être même dans bien des variétés de tics. Les tremblements seraient plutôt commandés par les lésions du noyau rouge. Il rappelle enfin l'observation de Anton, qui avait déjà, en 1896, observé une dégénération grave des deux putamens dans un cas de chorée, et qui avait émis le premier l'hypothèse d'une origine striée de ce syndrome. B, comme Anton, pense que, contrairement à l'ancienne opinion classique, les mouvements choréiques et athétosiques sont dus à la libération d'un automatisme que les noyaux gris centraux inhibent à l'état normal. Le palæostriatum serait assimilable à un accumulateur d'énergie, qui préside à la reproduction des mouvements automatiques, et sa lésion expliquerait la disparition de ces derniers dans les syndromes parkinsoniens. Le néostriatum, au contraire aurait exclusivement un rôle inhibiteur, et sa lésion libérerait les mouvements automatiques de type choréo-athétosique ; il se produirait alors un phénomène analogue à ce que M. Minkowski a vu chez les fœtus humains de 4 ou 5 mois ou chez les chiens décérébrés. Les alcaloïdes du type de la scopolamine exercent une influence inhibitrice, non seulement sur ces types de mouvements, mais sur toutes les fonctions cérébrales, et ils pourraient, à doses toxiques, faire apparaître le signe de Babinski (Rosenfeld). Dans la thérapeutique des chorées, B. leur adjoint non seulement l'arsenic, mais aussi l'extrait de chanvre indien (1 centigr. 3 fois par jour pour un enfant de 10 à 12 ans).

Au point de vue de l'anatomie comparée, B. signale une particularité curieuse : dans les espèces telles que les oiseaux, chez lesquels le striatum tient le rôle qui revient chez nous au cerveau, les centres des automatismes s'accumulent dans d'autres régions du système nerveux, en particulier dans la moelle; certains oiseaux ont une moelle terminale tellement développée qu'on a pu la comparer à un « cerveau sacré ».

J. Mouzon.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Tome LXXXII, n° 24, 14 Juin 1924.

J. F. Schamberg et H. Brown (de Philadelphie). ***Le dosage de la bilirubine dans le sang comme moyen d'appréciation des lésions hépatiques au cours du traitement par l'arsénobenzol*** — On sait que la méthode préconisée par Hijmans van den Bergh pour le dosage de la bilirubine dans le sérum sanguin est particulièrement sensible et qu'elle permet souvent de déceler des quantités pathologiques de bilirubine sanguine avant que l'ictère ne se manifeste par des signes cliniques.

En raison de la vulnérabilité du foie à l'égard de l'arsénobenzol et de la fréquence de l'ictère comme complication du traitement arsenical, S. et B. proposent de pratiquer, de temps à autre, le dosage de la bilirubine dans le sang chez les malades soumis à ce traitement. On pourrait ainsi être fixé sur la tolérance du foie à l'égard de l'arsénobenzol et prévenir, dans certains cas, les altérations hépatiques en suspendant à temps le traitement. D'autre part, cette méthode permettrait aussi de se rendre compte du moment où il devient possible de reprendre la cure interrompue.

Il importe de noter qu'il n'y a pas de rapport entre le nombre d'injections arsenicales et la production de bilirubinémie. Il faut compter avec une susceptibilité exagérée du foie qui, pour des causes jusqu'à présent inconnues, se manifeste dans certains cas.

L. Cheinisse.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE D'ORTHOPÉDIE
(*Paris*)

XXXI° année, 3° série, t. XI, n° 4, Juillet 1924.

Feil, Roland et Vanbockstael. ***Les hommes sans cou, considérations sur la réduction numérique et le tassement des vertèbres cervicales.*** — Les faits étudiés sous le nom d'hommes sans cou ou mieux à cou court appartiennent à ce qu'on a appelé le syndrome de réduction numérique des vertèbres cervicales ou syndrome de Klippel-Feil.

Il s'agit non seulement de réduction numérique, mais d'une malformation complexe où se trouvent réunies diverses anomalies : soudure totale ou partielle des vertèbres cervicales, atrophie et tassement des corps vertébraux, existence d'hémi-vertèbres, spina bifida cervical supérieur.

Le premier cas en date a été observé par *Klippel et Feil* en 1911 et rapporté en 1912 dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*

Ce syndrome est essentiellement caractérisé : anatomiquement par le tassement et la réduction de nombre des vertèbres cervicales qui sont soudées et confondues entre elles en totalité ou en partie, par l'existence d'un spina bifida cervical supérieur, par l'élévation de la cage thoracique ; cliniquement par la brièveté du cou (hommes sans cou), l'implantation basse des cheveux, la limitation des mouvements de la tête sur le tronc (surtout dans le sens latéral).

A ces caractères essentiels s'ajoutent quelques signes secondaires : scoliose ou cypho-scoliose, élévation des omoplates, etc.

Le syndrome est congénital et ne s'accompagne pas de douleurs et de troubles nerveux, caractères très importants qui permettent le diagnostic différentiel avec le mal de Pott cervical.

La malformation est plus fréquente qu'on ne croit et Bertolotti (de Turin) a dépisté en quelques années 5 cas d'hommes sans cou.

Les auteurs publient un nouveau cas du syndrome de Klippel-Feil avec spina bifida cervical moyen et surélévation de l'omoplate droite. L'existence de ces deux anomalies, dont la congénitalité est certaine, est une nouvelle preuve de l'origine embryonnaire de la malformation vertébrale, malformation datant des premiers mois de la vie intra-utérine avant le troisième mois. Albert Mouchet.

LE MÉDECIN D'ALSACE ET DE LORRAINE
(*Strasbourg*)

Tome III, n° 14, 16 Juillet 1924.

G. Canuyt ***Les voies aériennes supérieures et les voies aériennes inférieures ; les fausses tuberculoses pulmonaires.*** — C. étudie les répercussions broncho-pulmonaires des infections ou suppurations nasales, rétronasales ou sinusiennes, dont la connaissance est due notamment à Martin du Magny, Rist, Sergent, Flurin. Il insiste spécialement sur les fausses tuberculoses pulmonaires de ces sujets, qu'on dépistera notamment à l'aide du syndrome de Martin du Magny.

Ce syndrome comprend les éléments suivants : 1° Existence d'un écoulement nasal ou rhino-pharyngé, avec flore microbienne identique dans la suppuration nasale et l'exsudat ou crachat broncho-pulmonaire ; 2° la position en décubitus dorsal ou latéralisé qui est habituelle au malade pendant son sommeil : c'est de ce côté que siègent les lésions pulmonaires ; 3° l'apparition des lésions pulmonaires dans la région de l'angle de l'omoplate : c'est le signe de l'angle, lieu primitif de l'ensemencement purulent, dans la région hilaire.

Il faut ajouter un fréquent retentissement ganglionnaire de l'infection des voies aériennes supérieures. L'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats est capitale. La radiologie montre la clarté parfaite des sommets, mais il faut se défier de mauvaises radiographies ou d'images mal interprétées. Ne pas oublier de faire moucher ces sujets ; le mouchoir sale est la signature de la sinusite purulente, et le rhinologiste précisera les lésions. Le traitement rhinologique et sinusien fera du coup disparaître les manifestations broncho-pulmonaires. L. Rivet.

PRAKTITCHESKY VRATCH
(*Berlin*)

Tome XX, n° 6, Juin 1924.

V. V. Florovsky (d'Odessa). ***Contribution à l'étude des hernies de la région épigastrique.*** — A l'examen de 112 ouvriers employés à la construction de chaudières, F. a constaté des hernies épigastriques chez 5 d'entre eux, ce qui constitue une proportion de 4,4 pour 100. Il a aussi trouvé d'autres variétés de hernies ; toutefois, contrairement à ce que l'on observe d'ordinaire, ce n'étaient pas les hernies inguinales qui prédominaient, mais les hernies épigastriques : celles-ci formaient 71,4 pour 100 du total des hernies. Cette prédominance des hernies épigastriques tient, sans doute, au genre de travail des ouvriers en question.

F. signale un cas particulièrement intéressant au point de vue du diagnostic. Il s'agissait d'un ouvrier de 48 ans, qui se plaignait de douleurs au creux de l'estomac, apparues depuis 3 ans et qui s'accentuaient après les repas. En même temps, le malade avait remarqué, dans la région de l'appendice xiphoïde, une tumeur qui apparaissait à certains moments et disparaissait à d'autres moments. Le patient avait subi, 11 ans auparavant, une opération pour hernie inguinale droite.

A l'examen, on constata que l'appendice xiphoïde présentait une plaque quelque peu recourbée en dedans et sur laquelle on percevait, à la palpation, un orifice rond et à bords durs. En engageant le malade à faire un effort, on voyait apparaître, dans cette région, une tumeur molle, facilement réductible, et, après réduction, on percevait de nouveau, sous les doigts, un orifice dans l'appendice xiphoïde.

Le tableau clinique rappelait la hernie xiphoïde, très rare d'ailleurs.

Or, l'intervention chirurgicale montra, à la partie moyenne de l'appendice xiphoïde, un peu à droite de la ligne médiane, une cavité arrondie simulant un orifice. Derrière l'appendice xiphoïde, se trouvait un lipome prépéritonéal, qui, au moment des efforts, se soulevait et venait se loger dans la cavité dont il vient d'être question. L. Cheinisse.

EKATERINOSLAVSKY MÉDITZINSKY JOURNAL

Tome III, n°s 5-8, 1924.

L. M. Tchapkevitch (d'Ekaterinoslav). ***Un nouveau procédé de dosage de la quinine dans l'urine et sa valeur clinique chez les paludéens.*** — Le réactif de Giemsa (solution de sublimé à 18 p. 1.000 + solution d'iodure de potassium à 200 pour 1.000), employé pour la recherche de la quinine, peut aussi être utilisé pour la détermination quantitative de cette substance : si l'on ajoute au réactif un liquide contenant de la quinine, en ayant soin de le verser lentement le long de la paroi du récipient, on voit se former, à la zone de contact des deux liquides, un anneau d'un blanc bleuâtre et dont l'épaisseur et l'étendue dépendent du degré de concentration de la quinine Après une série de recherches, Tch. a pu établir que la présence dans les urines de quinine :

En dilution à	1 : 25.000	donne	un anneau en	1 minute.
—	1 : 30.000	—	—	2 minutes.
—	1 : 40.000	—	—	3 minutes.
—	1 : 50.000	—	—	5 minutes.

Il suffit, par conséquent, de diluer l'urine à examiner au point d'obtenir l'anneau au cours de la 1re minute et de multiplier ensuite le coefficient 1/25.000 par le degré de dilution et par la quantité totale de l'urine pour avoir la teneur absolue en quinine.

En se servant de ce procédé, Tch. a constaté que la quinine, administrée *per os* à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr., commence à s'éliminer par les urines au bout d'une demi-heure, mais parfois beaucoup plus tard ; l'élimination atteint son maximum au bout de 6 à 8 heures et, dans les cas où elle a commencé tardivement, au bout de 6 à 10 heures ; elle prend fin au bout de 18 à 21 heures chez les sujets au-dessous de 33 ans, au bout de 25 à 28 heures chez les malades plus âgés. Par voie intraveineuse, l'élimination commence au bout de 5 à 10 minutes, atteint son maximum au bout de 4 à 6 heures et se termine au bout de 18 à 21 heures si l'on a injecté 0 gr. 50, au bout de 23 à 25 heures si la dose a été de 1 gr. Après injection intramusculaire, l'élimination commence au bout de 1/4 d'heure à 1/2 heure, atteint son maximum au bout de 6 à 9 heures (dose de 0 gr. 50) ou de 6 à 12 heures (dose de 1 gr.), et dure de 15 à 27 heures ou de 25 à 30 heures suivant que la dose injectée a été de 0 gr. 50 ou de 1 gr.

En ce qui concerne la quantité de quinine éliminée, on constate des variations individuelles considérables, et cela indépendamment de la voie d'introduction du médicament et de la durée de la « quinisation » précédente. Dans les cas étudiés par Tch., 60 pour 100 seulement ont fourni une élimination équivalant à 25-50 pour 100 de la dose administrée ; dans 27 pour 100 des cas, l'élimination a été de beaucoup inférieure (de 10 à 20 pour 100 de la dose) ; enfin, 13 pour 100 des malades ont éliminé de 50 à 75 pour 100 de la dose reçue De pareilles variations peuvent, d'ailleurs, être observées aussi chez un seul et même sujet. Elles dépendent de facteurs multiples : état de l'appareil digestif dans les cas où la quinine est administrée *per os* ; état des reins ; température fébrile, qui diminue la proportion de quinine éliminée, etc.

Ce sont les malades chez lesquels l'élimination est comprise dans les limites relativement normales de 25 à 50 pour 100 qui bénéficient le mieux du traitement. Dans les cas où la quantité éliminée de quinine tombe au-dessous de 15 pour 100, il faut s'attendre à une rechute et à une aggravation malgré le traitement. Dans les cas, enfin, où la proportion éliminée de quinine est très élevée, on a affaire soit à une idiosyncrasie, soit à une hypersensibilité acquise : il y a là un signe qui doit faire prévoir des phénomènes d'intoxication et qui commande de cesser la médication. L. Cheinisse.

M. A. Yasinowsky (d'Odessa). ***La valeur diagnostique et pronostique de l'albumino-réaction des crachats dans la tuberculose et dans quelques autres affections de l'appareil respiratoire.*** — En se basant sur les données publiées par d'autres auteurs et sur ses recherches personnelles, effectuées dans le service du professeur L. F. Dmitrenko, Ya. arrive aux conclusions suivantes :

Dans la tuberculose pulmonaire active, l'albumino-réaction est toujours positive, de sorte qu'un résultat négatif permet d'exclure l'existence d'un processus tuberculeux actif. Au point de vue du diagnostic et du pronostic, cette réaction est supérieure à la recherche du bacille de Koch dans les crachats et aux réactions tuberculiniques.

Il importe, toutefois, de noter que, dans la tuberculose miliaire, l'albumino-réaction est presque toujours négative et qu'elle peut aussi être négative dans les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire.

Dans les cas de tuberculose guérie, la réaction est, le plus souvent, négative. Sa disparition dans une expectoration qui, auparavant, donnait un résultat positif indique la guérison clinique. A mesure que l'état du malade s'améliore, la quantité d'albumine peut diminuer. Mais, comme cette quantité varie considérablement chez un seul et même sujet et qu'il n'y a pas de parallélisme absolu entre la quantité de l'albumine et la gravité du processus, on ne devra tenir compte, pour le pronostic et pour l'appréciation de l'effet du traitement, que d'une diminution accentuée et stable de l'albumine.

Dans la bronchite aiguë ou chronique et dans l'emphysème pulmonaire, la teneur de l'expectoration en albumine est si minime que celle-ci ne se laisse guère déceler par les procédés usuels. Aussi une réaction négative peut-elle, dans ces cas, avoir de la valeur pour l'exclusion du diagnostic de tuberculose.

Mais l'albumino-réaction peut être positive dans les bronchites survenant chez des cardiaques ou chez des rénaux (transsudation par stase et œdème). L'apparition d'albumine au cours d'une bronchite chronique avec emphysème indique, le plus souvent, une insuffisance cardiaque concomitante D'autre part, dans la bronchite aiguë, surtout lorsqu'elle est d'origine grippale, une albumino-réaction positive est un signe d'un commencement de broncho-pneumonie.

Dans la pneumonie, la réaction est toujours positive, ce qui est particulièrement important pour le diagnostic des pneumonies centrales. La quantité d'albumine, qui peut être très considérable en plein

processus, diminue beaucoup après la crise, et, au bout de 3 à 6 jours, les crachats ne contiennent généralement plus d'albumine. Par contre, si l'albuminoréaction reste positive, il y a lieu de soupçonner l'existence de quelque complication.

La réaction est positive dans les broncho-pneumonies et dans les cas d'abcès du poumon. Au cours des accès d'asthme, l'albumine peut apparaître dans l'expectoration, alors même qu'il n'y a pas de phénomènes d'affaiblissement cardiaque.

L. Cheinisse.

I. D. Korabelnikov (d'Odessa). ***La détermination de la vitesse de la sédimentation globulaire et l'application de cette méthode à la chirurgie.*** — K. a pratiqué 110 examens de la sédimentation globulaire sur 82 malades hospitalisés à la Clinique chirurgicale de l'Institut de médecine d'Odessa, dirigée par le professeur I. E. Kornman.

Il a constaté que toute infection qui retentit sur l'état général produit une accélération de la sédimentation, accélération généralement proportionnelle à l intensité et à l'étendue de l'infection. Il y a là une réaction qui est plus sensible que les oscillations de la température et que la leucocytose. Aussi peut-elle rendre des services appréciables pour déceler des infections latentes, lorsqu'il s'agit d'entreprendre des opérations plastiques, une mobilisation d'articulations ou une laparotomie à froid. C'est ainsi que, sur 11 appendicectomies à froid, K. a trouvé 10 fois une sédimentation normale et 1 fois une sédimentation accélérée. Or, dans ce dernier cas, le microscope montra, en effet, une infiltration inflammatoire de l'appendice, tandis que, dans les 10 autres cas, on ne remarquait aucun signe d'infection récente.

Après toute opération aseptique, ainsi qu'à la suite d'une fracture fermée, la sédimentation devient accélérée dès le 2e jour.

Pour ce qui est des infections chroniques, la syphilis et la tuberculose produisent une accélération accentuée de la sédimentation. Des examens pratiqués de façon répétée dans 18 cas de tuberculose chirurgicale ont montré que cette accélération est en raison directe de la gravité du processus au point de vue de son influence sur l'ensemble de l'organisme. De pareils examens répétés peuvent donc être utilisés pour le pronostic et lorsqu'on hésite entre le traitement conservateur et l'intervention opératoire.

Les tumeurs bénignes restent sans retentissement sur la sédimentation globulaire. Par contre, les néoplasmes malins, en règle générale, entraînent une accélération, proportionnelle à l'étendue de la tumeur et à son influence sur l'état général. Cependant, les formes squirrheuses de cancer en général et toutes les variétés de cancer du sein peuvent évoluer avec une sédimentation normale. Les opérations radicales donnent, dans certains cas, une diminution rapide de la sédimentation; d'autres fois, elles restent sans effet. Lorsque, après intervention, on voit au retard initial de la sédimentation succéder une accélération, on doit envisager l'éventualité d'une récidive.

L. Cheinisse.

Prof. G. F. Tzomakione (d'Ekaterinoslav). ***Un cas de chancre induré de la paroi antérieure du vagin.*** — Le cas rapporté par Tz. mérite d'être signalé non seulement en raison de sa rareté, mais aussi à cause des difficultés de diagnostic qu'il présentait.

Il s'agissait d'une jeune fille, qui prétendait être vierge et qui se plaignait, depuis une quinzaine de jours, de troubles de la miction, avec douleurs dans la région de la vessie et de l'urètre, et écoulement génital. L'examen montra de l'œdème et de l'hyperémie autour du méat, avec écoulement purulent. L'hymen était œdématié et formait plusieurs plis profonds, de sorte qu'il était impossible de se rendre compte de son intégrité. L'introduction même d'une seule phalange à travers l'hymen était excessivement douloureuse et provoquait une réaction nerveuse violente. En introduisant une sonde dans l'urètre, on se heurtait, à 1 cm. 1/2 du méat, à un obstacle et l'on avait l'impression de toucher un tissu épaissi. L'urine était tout à fait limpide et ne présentait rien d'anormal. En écartant les parois de l'entrée du vagin au moyen de crochets mousses, on constata, à 1 ou 1 cm. 1/2 du bord supérieur de l'hymen œdématié, sur la paroi vaginale antérieure, une ulcération à contours irréguliers, d'environ 4 cm. d'étendue, couverte d'un enduit sale, gangreneux et ne se laissant pas détacher. Les bords de cette ulcération paraissaient décollés, et le fond était nettement induré. L'examen bactériologique de l'enduit recouvrant l'ulcération ne décela pas de tréponèmes, et la réaction de Wassermann se montra négative. Mais, au bout d'une dizaine de jours, on vit apparaître quelques papules sur l'abdomen et sur le dos. La malade avoua alors avoir subi une tentative de coït, qui ne put aboutir par suite de douleurs violentes qu'elle éprouvait. Bientôt après, elle s'empoisonna par une forte dose d'arsenic et mourut.

Le chancre, localisé à la paroi antérieure du vagin, avait déterminé une compression de l'urètre, avec troubles consécutifs de la miction, et ce furent seulement ces troubles qui décidèrent la patiente à consulter un médecin.

L. Cheinisse.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

Tome VIII, n° 3, Mai 1924.

J. R. Murlin, C. C. Sutter R. S. Alben et H. A Piger. ***Effets favorables de l'ingestion d'insuline.*** — L'insuline n'a pu jusqu'à présent être administrée par la voie digestive; elle est rapidement détruite par la pepsine et par la trypsine. L'administration par tubage duodénal d'une préparation d'insuline brute acidulée par l'acide chlorhydrique à 0,2 pour 100 permet toutefois l'absorption d'une certaine quantité d'insuline, comme les auteurs ont pu s'en assurer chez 2 diabétiques graves par la diminution du sucre sanguin et l'amélioration générale. Mais ce procédé n'est guère pratique et exige l'administration de grandes quantités d'extrait. Plus simple est l'emploi d'insuline non purifiée (précipitée des solutions qui la contiennent par saturation au moyen de NaCl), desséchée et enrobée de salol ou mieux d'un revêtement spécial destiné à n'être dissous que dans l'intestin; pour ralentir l'action destructive de la trypsine sur l'insuline, il faut y incorporer une substance faiblement acide, acides organiques ou phosphate acide de sodium. L'état de plusieurs diabétiques traités de la sorte fut notablement amélioré, la glycosurie diminua et disparut Les mêmes bons résultats se retrouvèrent chez des chiens dépancréatés, prouvant la réalité de l'absorption intestinale de l'insuline Mais les auteurs ne garantissent pas que ce mode d'administration soit efficace dans tous les cas. Il mérite d'être essayé pour éviter l'incommodité des injections hypodermiques et l'emploi de produits purifiés très dispendieux.

P.-L. Marie.

J. Koopman (de La Haye). ***Pression sanguine et métabolisme du sucre.*** — Tandis que certains auteurs tels que Neubauer, Hirsch, Hitzenberger, Fahr soutiennent que l'hypertension essentielle s'accompagne d'hyperglycémie, d'autres comme Stilling, Frank et Kahler ne partagent point cette opinion. Hitzenberger attribue l'hyperglycémie à l'hyperadrénalinémie, Fahr à la sclérose des vaisseaux du pancréas d'où résulterait une hyposécrétion de l'hormone pancréatique; il pourrait exister aussi une hyperadrénalinémie secondaire, conséquence de la prépondérance des surrénales sur le pancréas dont les sécrétions sont normalement antagonistes. Ces interprétations sont très hypothétiques et les rapports qui existent entre la glycémie et la pression sanguine sont en réalité fort mal connus.

K. a déterminé par la microméthode de Bang chez 50 hypertendus le taux du sucre sanguin à jeun et chez 10 d'entre eux la teneur du sang en acide urique par la méthode colorimétrique d'Autenrieth après 4 jours d'un régime pauvre en purines. Des chiffres obtenus il ressort que l'hyperglycémie est plutôt exceptionnelle dans l'hypertension ainsi que l'hyperuricémie et la glycosurie alimentaire.

L'état de la pression sanguine chez les diabétiques est l'objet d'appréciations assez divergentes. Alors que Hitzenberger la trouve légèrement inférieure à la normale chez les diabétiques jeunes et exagérée chez les malades un peu âgés, Kylin la déclare normale chez les jeunes, forte en générale chez les adultes et il distingue complètement le diabète avec hypertension du diabète avec pression normale. Marañon, d'autre part, a souvent constaté une forte pression artérielle avant de déceler la glycosurie et l'a vue diminuer avec l'installation des symptômes du diabète. K. a fait porter ses recherches sur 161 diabétiques de tout âge; il a trouvé une pression normale chez les diabétiques jeunes; chez les malades plus âgés, l'hypertension est la règle. Il n'existe pas de rapports entre la présence d'une complication, exception faite pour l'artériosclérose et la néphrite chronique, et la pression artérielle. L'acidose ne provoque pas la diminution de la pression.

P.-L. Marie.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos Aires)

Tome X, n° 28, 10 Février 1924.

C. Lagos Garcia. ***Trois cas de tumeur congénitale du foie.*** — Des 3 cas relatés par L., un seul a trait à une tumeur bien limitée, traitée par l'extirpation suivie de guérison, avec examen anatomo-pathologique très complet En voici le résumé :

Obs. II. — Il s'agit d'une enfant de 3 mois 1/2, malingre, subictérique et présentant quelques vagues troubles digestifs. A l'examen, on constate une légère voussure de l'hypocondre gauche avec veinosités marquées sur la peau. La palpation révèle facilement l'existence d'une masse dure, ronde, assez régulière, du volume d'un poing, mate à la percussion et paraissant faire corps avec le foie dont la limite supérieure de matité est normale. L'examen des autres viscères est négatif. L'enfant est opérée par Landivar et Arana. Il s'agit d'une tumeur unique, implantée sur le bord antérieur du foie entre la vésicule et le ligament suspenseur, sur une étendue de 8 cm. environ. Le foie se laissant bien extérioriser, on pratique une résection cunéiforme en tissu sain et l'on ferme la brèche par 3 points en U prenant en masse tout le tissu hépatique. Réunion sans drainage. Malgré une légère suppuration de paroi, l'enfant sort guérie au bout d'un mois. Suivie depuis, elle vient d'être revue au bout de 3 ans, en parfait état, sans troubles digestifs, sans hépatomégalie, sans aucun signe de lésion abdominale quelconque.

La tumeur extirpée mesure 8 cm. sur 10 et pèse une centaine de grammes Elle est constituée par une coque fibreuse d'où partent des cloisons qui la subdivisent en une série de mailles renfermant des éléments cellulaires, les uns clairs, polyédriques, de type adénomateux, les autres à type épithélial en pleine activité, à noyau bien coloré, mais sans figures karyocinetiques Tous ces éléments paraissent être dérivés de la cellule hépatique et la tumeur est étiquetée hépatome.

Dans les deux autres cas, il s'agissait de volumineuses tumeurs, occupant la plus grande partie du foie et remplissant tout l'épigastre, l hypocondre et le flanc droits. Dans les deux cas, tout se borna à une laparotomie exploratrice L'un des enfants (4 mois 1/2), emmené par ses parents, fut perdu de vue; l'autre, âgé de 10 mois, mourut au bout de 3 semaines. L'autopsie pratiquée montra qu'il s'agissait, comme dans le cas opéré, d'un hépatome à cellules polymorphes avec foyers hémorragiques et abondance de vaisseaux très dilatés. Il existait, dans ce cas, des noyaux pulmonaires métastatiques.

Ces tumeurs sont surtout intéressantes par leur rareté. Ces 3 cas sont les seuls que L. ait observé en 20 ans, dans un service d'enfants important. Le volume des tumeurs, par rapport au très jeune âge des sujets, permet de les considérer comme ayant débuté *in utero*. C'est pourquoi L. les classe comme tumeurs congénitales.

M. Deniker.

N° 33, 30 Avril 1924.

Ceballos. ***Les arthroplasties pour ankylose du genou.*** — Ce court travail n'a qu'une valeur documentaire, mais à ce titre seul, il mérite d'être signalé, car C. y présente les photographies de 5 opérés suivis pendant plusieurs années et ayant récupéré un fonctionnement parfait du genou. Dans une précédente statistique publiée en 1922, C. n'avait que 64 pour 100 de succès complets, ce qu'il attribue avec raison à ce que les indications opératoires étaient loin d'avoir la rigueur qu'elles ont actuellement, surtout depuis les remarquables rapports de Putti et de Mac Ausland au Congrès de Londres. Il est capital, en effet, de bien choisir les cas, de considérer la tuberculose et les infections mal refroidies comme des contre-indications formelles, d'étudier avec le plus grand soin l'état du squelette, des muscles, des ligaments, enfin de renoncer à traiter par l'arthroplastie les malingres, les nerveux, les tarés, les faibles d'esprit, bref tous les malades incapables d'avoir l'énergie et la persévérance nécessaires pour mener à bien le traitement post-opératoire dont l'importance est considérable. Dans les ankyloses en mauvaise position, il sera prudent d'opérer en deux temps : résection et mise en rectitude correcte tout d'abord, puis, plus tard, arthroplastie, après assouplissement suffisant des parties molles.

M. Deniker.

REVUE DES JOURNAUX

LE NOURRISSON
(*Paris*)

Tome XII, fasc. 4, Juillet 1924.

A.-B Marfan (de Paris). ***La tuberculose des ganglions bronchiques.*** — Les *signes physiques* (radioscopie, percussion et auscultation) ne révèlent qu'une chose : l'augmentation de volume et de consistance des ganglions médiastinaux. Or, celle ci, chez les jeunes enfants, est assez souvent due à une inflammation simple, non bacillaire. Seul un examen clinique complet avec emploi de la cuti-réaction permet de diagnostiquer avec précision la tuberculose des ganglions bronchiques.

Étudiant les *signes sthétacoustiques*, M. fait observer qu'ils ne révèlent l'adénopathie trachéo-bronchique que lorsque l'intumescence des ganglions est très étendue et leur condensation considérable, ce qui est assez rare. La valeur de ces signes, très nombreux, a toujours été discutée. Les meilleurs sont encore ceux qui ont été décrits par Guéneau de Mussy et Baréty.

Les *signes radiologiques* sont très précieux, bien qu'ils puissent faire défaut dans certaines adénopathies tuberculeuses. Leur recherche n'est généralement pratiquée qu'au moyen d'un examen radioscopique, mais il est souvent nécessaire de fixer l'image sur une plaque radiographique.

L'*exploration frontale* des ganglions du hile, la seule qui puisse les révéler, est souvent, en effet, l'objet d erreurs d'interprétation, sur lesquelles Chaperon a eu le mérite d'attirer l'attention. Pour les éviter, il faut être familiarisé avec l'aspect radiologique normal de cette région et savoir qu'au niveau du hile même, de petites taches très foncées qui ont été prises à tort pour l'image de points calcifiés ne représentent en réalité que l'entre-croisement de deux ombres vasculaires. L'*examen en position oblique droite*, qui montre le médiastin postérieur et révèle l'intumescence des ganglions intertrachéo-bronchiques, expose moins à l'erreur.

M. décrit ensuite les *symptômes de compression* déterminés par la tuberculose des ganglions bronchiques. Ces symptômes font souvent défaut. L'observation clinique et l'ouverture des cadavres montrent que, dans le premier âge, la compression ne s'exerce guère que sur la trachée et les grosses bronches et que le rétrécissement qui en résulte ne se traduit que par deux symptômes : le *stridor* ou *cornage* et la *toux bitonale*. Ces deux symptômes sont souvent associés ; cependant on peut les observer isolément. Quant aux symptômes attribués à la compression des vaisseaux et des nerfs, la plupart sont dus à une tout autre cause, et ceux qui sont vraiment déterminés par la compression sont toujours associés au cornage ou à la toux bitonale.

Ces deux signes ont une grande valeur pour le diagnostic et pour le pronostic. M. estime, en effet, que chez le nourrisson la compression des organes du médiastin est due, dans l'immense majorité des cas, à la tuberculose des ganglions bronchiques et, exceptionnellement, à une hypertrophie du thymus.

G. Schreiber.

G. Salès et P. Verdier (de Paris). ***Diagnostic de l'anaphylaxie du nourrisson au lait de vache.*** — L'intolérance du nourrisson pour le lait de vache n'est pas rare ; elle peut être évidente, mais elle est parfois masquée sous les apparences d'un symptôme banal : vomissements rebelles, diarrhée persistante. Une fois l'intolérance reconnue, la question qui se pose est de savoir si elle est d'origine anaphylactique ou non. Les signes fournis par l'observation clinique sont à eux seuls incapables de résoudre ce problème d'une façon certaine, même dans la *grande anaphylaxie* et à plus forte raison dans la *petite anaphylaxie*, beaucoup moins dramatique

Il faut donc trouver une preuve biologique, à la fois décisive et pratique, pour pouvoir affirmer ou nier l'anaphylaxie. A la demande de leur maître, le professeur Marfan, S. et V. ont entrepris de rechercher si parmi les réactions biologiques applicables en l espèce, il en est une qui soit concluante.

La *cuti-réaction* au lait de vache ou à ses composants ne permet pas le diagnostic d'anaphylaxie, pas plus que l'*intradermo-réaction*, malgré la diversité des modalités mises en usage.

Les *injections sous-cutanées de lait* sont faciles et très démonstratives, mais elles sont loin d'être inoffensives chez l'enfant fortement sensibilisé.

La *recherche du choc hémoclasique*, même réduite à l'étude de la leucopénie, présente une valeur indéniable chez l'adulte ; elle est malheureusement inapplicable au nourrisson, notamment en raison de sa digestion perpétuelle.

La *recherche des précipitines dans le sang* s'est montrée très inconstante.

L'épreuve biologique la plus recommandable est la *transmission au cobaye de l'anaphylaxie passive*. S. et V., après avoir décrit minutieusement la technique à suivre et les accidents provoqués par les injections déchaînantes, indiquent comment les résultats doivent être interprétés.

Pour terminer S. et V. montrent comment on peut procéder à la *désensibilisation* des petits malades, en leur faisant absorber par la voie digestive des doses très faibles de lait de vache : On donnera, par exemple, deux gouttes au premier repas, deux gouttes au second ; si la tolérance s'établit, quatre gouttes au troisième et au quatrième ; si la tolérance persiste, huit gouttes ensuite, etc. Si la dernière dose est mal tolérée, on reviendra en arrière, puis on repartira plus lentement. L'écueil est de trop presser. G. Schreiber.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Tome V, n° 107, 20 Juin 1924.

Jean Lépine. ***Les paralysies du plexus brachial par sérothérapie antitétanique.*** — On observe parfois, à la suite d'injections de sérum antitétanique, des paralysies radiculaires du plexus brachial, qui ne sont pas de nature anaphylactique, et paraissent dues plutôt à une susceptibilité particulière des sujets à l'égard des substances toxiques contenues dans le sérum. L. en relate 2 cas.

En général, 6 à 12 heures après l'injection de sérum, brusquement éclatent des douleurs d'une extrême intensité, traversant les épaules et s'irradiant le long des bras. Ces douleurs peuvent céder au bout de quelques heures, plus souvent elles persistent, en s'atténuant assez vite. Parfois, en même temps qu'elles, mais le plus souvent quelques jours après, apparaissent des phénomènes paralytiques de même localisation. Il s'agit de paralysie incomplète, avec abolition des réflexes tendineux. Assez vite, il s'y joint une amyotrophie avec réaction de dégénérescence partielle, et sans contractions fibrillaires, sauf dans le cas de Sainton, Descouts et Le Clerc. Cette amyotrophie est tenace. Il existe, au moins de façon temporaire, des troubles de sensibilité, d'une topographie nettement radiculaire dans un cas de L. Intégrité des sphincters et de l'appareil visuel. Pronostic assez bon, mais au prix d'une très longue patience, car, dans la règle, les accidents ne se résolvent qu'avec une extrême lenteur, persistant un an et plus après le début, même dans les cas à évolution favorable. Certains malades paraissent n'avoir pas complètement guéri.

Ces paralysies radiculaires ne peuvent être traitées que comme toute névrite aiguë douloureuse : repos, calmants au début, toniques nerveux, en se servant prudemment de la strychnine à dose progressive, et en évitant l'arsenic, massage très doux, bains de lumière. Dans les formes tenaces, surtout amyotrophiques, les courants continus sont indiqués.

L. Rivet.

J. Froment. ***Dysarthries, aphasies et dysphasies : leurs caractères distinctifs.*** — Dans les *dysarthries*, il n'y a jamais réduction du vocabulaire, tous les mots bien ou mal prononcés sont plus ou moins reconnaissables, ils ne sont jamais ni changés, ni déformés (interpolation, omission ou répétition de syllabes), sauf chez le paralytique général qui ne présente pas une dysarthrie pure. Le dysarthrique achoppe sur tel ou tel phonème ou groupe de phonèmes, et surtout lorsque sa parole est rapide, son articulation peu poussée. Les troubles phonétiques observés répondent à une véritable constante.

Dans les *dysphasies* (bégaiements), si le malade achoppe encore sur tel ou tel phonème, ce n'est guère que lorsqu'il est bien en vue, en tête du mot ou de la phrase ; dans le corps d'un mot l'émission du même son, passant inaperçue, n'offre aucune difficulté. C'est qu'ici le mécanisme articulaire par ailleurs indemne est perturbé par inhibition ou spasme émotif intercurrent. Il existe de plus chez le grand dysphasique des troubles moteurs associés (grimaces, mimique de l'effort, mouvements choréo-athétosiques), qui l'apparentent aux malades atteints de lésion du corps strié.

Dans l'*aphasie dite motrice*, c'est au contraire sur les mots qu'achoppe le malade, les uns en petit nombre étant correctement et aisément émis, tandis que la prononciation des autres est impossible ; il y a souvent prononciation d'un mot pour l'autre, et toujours réduction du vocabulaire. Du point de vue de la phonétique, tout est illogique et paradoxal : les mêmes phonèmes ou groupes de phonèmes articulés aisément et correctement dans un mot ne peuvent l'être dans un autre, ni même à l'état isolé. On ne saurait ici parler d'anarthrie. Il ne s'agit que d'un trouble de la mémoire du mot et plus exactement du souvenir de son aspect visuel et sonore. Il n'y a ni trouble de la coordination articulaire, ni atteinte de la mémoire motrice articulaire l'une et l'autre demeurent, en pareil cas, indemnes.

L. Rivet.

J. Dechaume et P. Sedaillan. ***Encéphalite épidémique et syndrome hémorragique.*** — D. et S. relatent 2 cas de syndrome hémorragique au cours de l'encéphalite. Dans le premier, le syndrome hémorragique se borna à une éruption purpurique suivie de desquamation du type scarlatiniforme. Dans le second, le syndrome hémorragique se manifesta par des hémorragies du tube digestif : contrairement aux cas de Tinel et Dupouy, celui-ci se termina par guérison. Ce syndrome hémorragique peut aussi se manifester au niveau de l'encéphale (Sainton et Regnard). Ce syndrome hémorragique peut assombrir le pronostic immédiat de la névraxite épidémique et toujours il complique le diagnostic de la maladie.

L. Rivet.

LA RIFORMA MEDICA
(*Naples*)

Tome XL, n° 12, 24 Mars 1924.

V. M. Palmieri. ***Le soleil d'altitude et son action sur la phagocytose dans la tuberculose cutanée.*** — L'irradiation *in vitro* du sang prélevé chez des sujets atteints de tuberculose cutanée détermine d'importantes modifications dans le pouvoir phagocytaire.

Ces modifications s'exercent sur l'indice phagocytaire et sur le nombre total des phagocytes.

Cliniquement, on observe chez des sujets soumis au soleil d'altitude ou à l'héliothérapie artificielle des modifications analogues ; elles sont plus considérables lorsqu'on combine aux effets du soleil d'altitude ceux de la lampe complémentaire (émettant presque exclusivement des rayons rouges). Cette dernière source lumineuse, employée à l'état isolé, n'exerce aucune action sur le sang.

Ces résultats ne sont constants que pour une irradiation de faible durée : une irradiation plus prolongée semble au contraire abaisser le pouvoir leucocytaire.

De telles conclusions tendent à démontrer que l'action de la lumière sur les tuberculoses cutanées est une action générale et non une action directe sur le foyer.

Elles tendraient aussi à expliquer l'action remarquable des rayons ultra-violets par une exaltation de la phagocytose et des réactions d'immunité

L. de Gennes.

G. Fiorito ***Sur la virulence de certains germes chez le cadavre*** — La vie des germes microbiens inclus dans l'organisme humain ne participe pas de la destruction cellulaire qui se produit au moment de la mort.

Certains germes au contraire exaltent leur virulence et contribuent pour leur part aux processus de désintégration des tissus.

Ce sont surtout les microbes de la flore intestinale qui sont les agents les plus actifs de cette survie microbienne qui dure jusqu'à la disparition complète de toute matière organique. L. de Gennes.

N° 15, 14 Avril.

A. de Martini. ***Hémoptysies et tonus vago-sympathique.*** — On trouve souvent au cours des tuberculoses hémoptoïques des signes de dystonie vago-sympathique avec prédominance vagale.

Ce sont souvent ces états de déséquilibre qui donnent dans ces formes le premier signe clinique d'une infection tuberculeuse latente.

D'autre part, la constatation d'une dystonie organo-végétative donne dans certains cas l'explication pathogénique d'une hémoptysie monosymptomatique.

Enfin ces faits ont conduit l'auteur à tenter avec succès la cure préventive des hémoptysies par l'atropine. Ce médicament aurait même pu, au cours de grandes hémoptysies, donner des résultats curatifs immédiats et sauver la vie du malade.

L. de Gennes.

N° 22, 2 Juin.

G. Murero. ***Le traitement des adénites vénériennes par les rayons solaires.*** — M. a tenté d'employer les effets de l'irradiation solaire directe sur 5 cas d'adénites vénériennes suppurées dues au bacille de Ducrey.

Il insiste sur la nécessité de l'irradiation matinale qu'on sait plus féconde en rayons actifs.

Dans les 5 cas, il a pu noter une amélioration et une cicatrisation rapides. L. de Gennes.

F. Cocucci. ***Nouvelle méthode pour le traitement chirurgical des varices.*** — C. rapporte la technique et les résultats d'une méthode chirurgicale d'ailleurs utilisée depuis longtemps en Amérique pour le traitement des varices.

Le premier temps comporte une incision longue de 8 à 10 cm. parallèle et sous-jacente au pli inguinal, l'isolement entre deux champs de la saphène interne près de son abouchement fémoral et la ligature du bout central.

On introduit ensuite dans le segment périphérique un fil de métal souple, large de 2 mm. et long de 50 à 70 cm. et terminé à chacune de ses extrémités par un bouton. On fait glisser ce fil dans la lumière veineuse jusqu'au tiers inférieur de la jambe suivant le trajet de la saphène.

Au point déclive du trajet, on incise parallèlement à l'axe de la jambe sur le trajet du fil métallique, on isole et on lie la veine. Il ne reste plus qu'à la fixer au bouton supérieur et à tirer le mandrin par l'incision basse jusqu'à invagination et extirpation complète de la veine variqueuse. L. de Gennes.

N° 24, 16 Juin.

Vito Paolo Viti. ***Recherches cliniques et interprétation du réflexe abdomino-cardiaque ou phénomène de Livierato.*** — Le phénomène de Livierato consiste essentiellement dans une sensation d'oppression rétro-sternale et précordiale survenant après le repas et s'accompagnant d'une légère dyspnée. Ces symptômes s'effacent le plus souvent après une légère action musculaire (marche, mouvements de gymnastique).

A ces signes subjectifs répond presque toujours un léger élargissement de la matité précordiale, due à la dilatation du ventricule droit.

Livierato a réalisé expérimentalement ces mêmes phénomènes en excitant la région antérieure de l'abdomen par de légers coups successifs frappés sur la ligne xipho-ombilicale. Il s'agirait, d'après V. P. d'une simple stimulation du sympathique abdominal qui réagit en provoquant une vaso-constriction pulmonaire.

D'après Livierato, le phénomène est un signe certain d'hypotonie du myocarde, alors même qu'on n'en peut constater aucune autre apparence.

Chez les cardiaques, il ne ferait défaut que dans les cas où la tonicité ventriculaire est intacte.

Le phénomène de Livierato comporterait aussi un intérêt capital pour le diagnostic précoce et pour le pronostic des lésions myocarditiques.

L. de Gennes.

N° 25, 23 Juin.

G. Dominici. ***Notes cliniques sur l'hyperglycémie provoquée et sur la glycorachie.*** — La glycémie normale, d'après la majorité des auteurs, oscille entre 0 gr. 80 et 1 gr. 20 pour 1.000, et la glycorachie aux environs de 0,50 gr. pour 1.000. L'auteur a repris l'étude de ces chiffres sur un grand nombre de cas par la méthode micrométrique de Fontès et Thivolle et par le procédé de l'hyperglycémie alimentaire de Gilbert et Baudoin.

Chez l'individu sain, le taux de la glycémie s'abaisse aussitôt après l'ingestion de 100 gr. de glucose pour se relever très vite au voisinage du chiffre normal.

Chez les épileptiques, les résultats sont variables, mais presque toujours la glycémie s'élève aussitôt après l'ingestion.

Dans 4 cas de Parkinson post-encéphalitique, D. a également retrouvé une augmentation immédiate de la glycémie jusqu'aux environs de 2 gr. 90 p. 1.000.

Dans les maladies infectieuses, les résultats sont très irréguliers.

Dans les maladies du foie, au contraire, l'augmentation a été immédiate dès la première heure.

D. a surtout étudié la glycorrachie dans les méningites au cours desquels il l'a trouvée constamment abaissée.

L'hyperglycorrachie habituelle à l'encéphalite épidémique lui a paru faire défaut dans tous les cas où se manifestait une participation méningée.

L. de Gennes.

IL POLICLINICO [Sezione medica]

(Rome)

Tome XXXI, fasc. 3, 1er Mars 1924.

Pietra et Bozzolo. ***Sur la détermination quantitative de la stercobiline par un nouveau procédé d'extraction à chaud; considérations physio-pathologiques sur les résultats obtenus.*** — P. et B. proposent une nouvelle méthode de dosage de la stercobiline qui serait, d'après eux, infiniment plus fidèle et plus sensible que toutes celles employées jusqu'ici.

Elle est essentiellement basée sur l'emploi de l'alcool éthylique à chaud qui permettrait une extraction deux fois plus complète du pigment que la méthode classique.

Dans les cas normaux, la fluorescence n'est obtenue dans une dilution à 1/100 des matières fécales qu'à partir de la proportion 1/700.

Les chiffres obtenus dans les différents cas offrent d'assez grandes variations, vraisemblablement en rapport avec les modifications qu'impriment à la sécrétion biliaire la qualité et la quantité d'aliments ingérés.

Dans les cas pathologiques, les résultats sont très différents suivant la nature de la maladie envisagée.

Dans l'anémie pernicieuse progressive, les variations dans l'élimination de la stercobiline sont indépendantes de la gravité et de la nature du processus morbide.

Dans les ictères hémolytiques, la quantité de stercobiline varie avec l'intensité des destructions globulaires.

Dans les ictères par rétention, elle dépend du degré de l'occlusion cholédocienne et de l'atteinte plus ou moins profonde de la cellule hépatique.

L. de Gennes.

Sabatini et Bruni. ***La réaction de Hay et son interprétation clinique.*** — La réaction de Hay, après un long oubli, n'a vu sa valeur s'affirmer et sa pratique devenir courante qu'après les travaux de Widal, Lemierre, Abrami et Brûlé.

S. et B. reprenant son étude concluent que sur un même échantillon d'urines, la réaction donne des résultats différents suivant la qualité de la fleur de soufre employée.

Sur 36 échantillons d'urines ictériques, ils auraient obtenu 31 réactions positives avec un type de fleur de soufre (type II) et seulement 9 réactions positives avec du soufre type III ou VI. D'autre part, opérant avec le soufre type II, ils ont obtenu 50 pour 100 de résultats positifs chez des sujets dont les urines ne contenaient ni pigment ni urobiline, et dont rien ne venait déceler l'atteinte hépatique.

Ces résultats ont été entièrement concordants avec ceux de la réaction de Pettenkofer.

S. et B. concluent de ces recherches qu'il ne faut attribuer à la réaction de Hay qu'une valeur relative si l'on n'a pas eu soin de prévenir ces causes d'erreur par un choix attentif de la fleur de soufre employée.

L. de Gennes.

ARCHIV für EXPERIMENTELLE PATHOLOGIE und PHARMAKOLOGIE

(Leipzig)

Tome CIII, fasc. 1-2, Juillet 1924.

F. Rosenthal, H. Licht et H. Freund (de Breslau). ***Insuline et régulation de la chaleur.*** — Parmi les phénomènes caractéristiques de l'intoxication aiguë par l'insuline, on remarque, à côté de l'hypoglycémie et des convulsions cloniques, un abaissement accentué de la température.

Sur un lapin normal auquel on vient d'injecter 6 unités cliniques d'insuline, on voit que l'abaissement de la courbe thermique est précédé d'une notable diminution du taux du sucre sanguin. A mesure que cet état hypoglycémique se prolonge, la température continue à baisser progressivement, jusqu'au moment de production des convulsions cloniques, qui annoncent la phase terminale de l'intoxication. Vient-on alors à enrayer l'évolution ultérieure de l'intoxication au moyen d'une injection intraveineuse de glucose et d'une injection sous-cutanée d'adrénaline, on constate que le rétablissement général de l'organisme et celui des fonctions régulatrices de la chaleur animale ne sont pas parallèles : le premier se fait rapidement, tandis que plusieurs heures sont nécessaires pour vaincre le refroidissement de l'organisme.

L'abaissement de la température paraît donc lié à l'épuisement des réserves hydrocarbonées dans les tissus, se traduisant par une chute du taux du sucre sanguin. Aussi, alors même que l'intoxication par l'insuline a été « coupée », la chaleur normale du corps se rétablit-elle seulement après que se trouve de nouveau atteinte la teneur cellulaire en sucre qu'exige le fonctionnement normal du mécanisme régulateur de cette chaleur.

Cela étant, on pouvait en déduire que les choses doivent se passer de la même façon chez l'animal fébricitant. Et, de fait, les expériences entreprises par R., L. et F. en vue d'étudier l'influence exercée par l'insuline sur les diverses formes de la fièvre expérimentale ont pleinement confirmé cette manière de voir.

Ces expériences ont porté sur : 1° la fièvre aseptique (provoquée par adrénaline ou par β-tétrahydronaphthylamine); 2° la fièvre infectieuse (colibacille, *Trypanosoma Brucei*); 3° la fièvre par piqûre du 4e ventricule.

Elles ont montré que l'insuline possède une action antipyrétique très nette. Il serait prématuré de vouloir préciser le mécanisme de cette action. Mais ce que l'on peut affirmer, c'est qu'elle ne relève pas d'une augmentation de déperdition de la chaleur par voie des réactions vasculaires.

La chaleur animale est donc étroitement liée au métabolisme hydrocarboné des tissus. La base nécessaire pour l'intégrité de la régulation chimique de la chaleur semble résider, non pas dans le niveau du taux du sucre sanguin, mais dans la tension du sucre au sein des tissus.

L. Cheinisse.



REVUE DES JOURNAUX

GIORNALE DI CLINICA MEDICA
(*Parme*)

Tome V, fasc. 9, 30 Juin 1924.

F. Castellotti. ***Etude clinique sur la capacité fonctionnelle respiratoire dans la tuberculose pulmonaire. Apnée volontaire et capacité vitale : leurs rapports.*** — Divers auteurs ont montré qu'il peut être intéressant d'étudier l'apnée volontaire chez les tuberculeux, sa durée pouvant fournir des renseignements sur l'étendue et la gravité des lésions pulmonaires. Il ne s'agit pas seulement de la suspension des mouvements respiratoires consécutive à un effort volontaire, mais aussi d'un acte inhibiteur transmis par l'écorce cérébrale aux centres respiratoires bulbaires.

Les recherches faites par C. chez de nombreux malades l'amènent aux conclusions suivantes :

1° La mesure de l'apnée volontaire et de la capacité fonctionnelle respiratoire fournit des renseignements sur la gravité de la lésion pulmonaire.

2° L'apnée volontaire peut parfois être en partie sous la dépendance de la volonté; aussi peut-elle ne pas marcher de pair avec la capacité vitale. Cependant la volonté ne réussit à inhiber les centres bulbaires que dans certaines limites, variant avec le degré d'oxydation du sang Ce pouvoir inhibiteur est moins marqué chez les tuberculeux que chez le sujet normal.

3° Dans la tuberculose infiltrée du sommet ou avec des lésions ulcéreuses très limitées, l'apnée volontaire dure de 25 à 33 secondes, la capacité vitale varie entre 2.000 et 3.000 cmc.

4° S'il existe des adhérences pleurales, on note des chiffres variant de 25 à 34 secondes, et de 1.200 à 2.000 cmc.

5° Lorsqu'on a affaire à des lésions profondes et étendues, ou dans les cas de pneumothorax thérapeutique, on rencontre des chiffres tels que 10 et 15 secondes, et 300 à 900 cmc. L. Cotoni.

E. Balbi. ***La bilirubine du sang, l'urobiline et la stercobiline dans la pneumonie. Pathogénie de l'ictère pneumonique.*** — B. expose d'abord les nombreuses théories proposées pour expliquer cet ictère, puis le résultat de ses recherches sur 17 cas de pneumonies ou broncho-pneumonies. On peut le résumer ainsi. La bilirubine est recherchée dans le sérum sanguin par le procédé de Van den Bergh et dosée par la méthode colorimétrique de Autenrieth ; le dosage de l'urobiline et de la stercobiline est effectué par la méthode spectrophotométrique de Haussmann. On observe dans tous les cas de pneumonie et de broncho-pneumonie aiguë une bilirubinémie accentuée, plus marquée dans les infections dues au pneumocoque. On ne peut établir aucun rapport entre la concentration de la bilirubine et l'étendue des lésions pulmonaires; les observations accompagnées de lésions hépatiques ont fourni les chiffres de bilirubine les plus élevés. Le plus souvent, c'est au début du processus pneumonique que la bilirubine est le plus abondante, puis elle diminue graduellement jusqu'à la crise, après laquelle elle disparait. L'apparition d'un nouveau foyer pneumonique n'influe pas sur la courbe de la bilirubine, pas plus que la fièvre. Quant à l'urobiline, elle est également augmentée dans les pneumonies et broncho-pneumonies; peu abondante au début de la maladie, elle atteint son maximum au moment de la crise, puis baisse rapidement. Quand la maladie est précédée ou accompagnée de lésions hépatiques, l'urobilinurie survit quelque temps à la résolution des lésions du poumon. Enfin, l'évolution de la stercobiline est en relation avec des facteurs trop divers pour permettre des conclusions précises; la constipation et la diarrhée modifient les chiffres. En résumé, la rétention des pigments biliaires dans le sang peut être mise sur le compte d'une lésion des cellules hépatiques, d'origine infectieuse ; dans le même sens plaide le résultat d'épreuves diverses lévulosurie, galactosurie, amino-acidurie, etc.). L. Cotoni.

DEUTSCHES ARCHIV FÜR KLINISCHE MEDIZIN
(*Leipzig*)

Tome CXLIV, fasc. 4 et 5, Juin 1924.

E Jürgensen (de Bad-Kissingen). — ***Observation microscopique de la sécrétion sudorale de la peau humaine après coloration*** (1er article). — L'examen capillaroscopique du pourtour de l'ongle avait déjà permis à Weisz, à Parrisius, de reconnaître incidemment les conduits excréteurs des glandes sudoripares. J. s'est efforcé d'étudier d'une manière plus précise l'excrétion sudorale, en colorant les pores par une méthode élective.

Il se sert, pour cela, d'un microscope binoculaire qui grossit 103 fois. On peut, sans préparation spéciale, distinguer les papilles, les sillons interpapillaires, et, à la surface des papilles, de petites fossettes, tantôt en ampoules, tantôt en entonnoirs, qui sont les pores sudoraux.

Dans la profondeur, on aperçoit le trajet spiralé du canal sudoripare. Parfois aussi on distingue dans la fossette un peu de sécrétion sudorale.

Si l'on recouvre le tégument examiné d'une goutte d'huile de cèdre, les détails de la surface cutanée disparaissent : seul, le canal sudoripare devient plus net. Mais si, ensuite, on frotte énergiquement avec un crayon dermographique bleu de Faber de manière à obtenir un mélange intime de l'huile de cèdre et de la substance colorante, cette dernière ne se dissout pas dans l huile, mais se sédimente, et s'accumule particulièrement dans les pores sudoraux On voit alors le champ, d'abord uniformément bleu, s'éclaircir peu à peu ; et la poudre colorante reste amassée dans les fossettes, qui se dessinent ainsi avec netteté. Mais, dans certaines d'entre elles, on voit se détacher de petites taches claires, rondes ou ovales, qui, en grossissant, prennent la forme de sphérules : ce sont des gouttelettes de sécrétion sudorale, qui, dans certaines conditions d'éclairement, acquièrent un éclat argenté. Cette méthode d'examen ne réussit qu'avec une huile de cèdre de poids spécifique déterminé (0,96), et avec le crayon dermographique bleu de Faber n° 2 277.

Cette méthode permet à J. de décrire la disposition des « cupules de sécrétion », qui s'alignent généralement en rangées parallèles aux sillons interpapillaires; le nombre de ces ampoules, variable d'un sujet à l'autre (de 12 à 13 au maximum par champ à la pulpe du doigt), selon les régions (4 fois moins au dos du doigt qu'à la pulpe). et selon l'âge (les cupules deviennent souvent complètement indistinctes chez le vieillard, du fait de l'atrophie cutanée), enfin le processus même de la sécrétion. Ainsi habituellement, on remarque qu'il existe des glandes au repos à côté de glandes en activité. Cette activité n'est jamais complètement éteinte, mais elle intéresse un plus ou moins grand nombre de glandes, et elle aboutit à une sécrétion plus ou moins rapide, dont on peut suivre les stades et apprécier la vitesse et l'abondance sous le microscope. Quand la sécrétion est lente, on compte souvent 9 ou 10 minutes entre le moment où la sphérule se forme et le moment où elle s'écoule dans un sillon interpapillaire voisin. Quand elle est rapide, on assiste souvent à l'entrée en action subite et simultanée de toutes les glandes d'une région, et l'on peut voir les sphérules de sécrétion confluer en gouttes. Dans certains cas, on peut constater la diminution de sphérules qui venaient d'apparaitre : il semble que le produit de sécrétion soit réaspiré dans le canal sudoripare. L'extrémité de ce dernier est parfois visible, comme un point plus sombre, au centre de la « perle de sécrétion ». Pendant la sécrétion. on peut voir aussi les particules colorantes s'agglutiner autour de la perle sudorale en l'espace de quelques secondes : il s'agit là d'un phénomène physique curieux d'ordre vraisemblablement colloïdal.

Ces observations histo-physiologiques curieuses ne sont pas en faveur d'une perspiration insensible de la peau.

J. Mouzon.

E Jürgensen. ***Epreuves fonctionnelles; technique et interprétation. Aperçu général et applications pratiques*** (2e article). — Grâce à la méthode qu'il a exposée dans l'article précédent, J. s'est attaché à observer les réflexes sudoraux provoqués par diverses excitations (sensations tactiles, thermiques, olfactives, représentations imaginatives, opérations intellectuelles telles que le calcul, effort musculaire volontaire). Il choisit généralement, pour son examen, la pulpe de l'annulaire gauche, à cause de la moindre épaisseur de sa couche cornée. Il ne recourt qu'exceptionnellement aux stimulants chimiques violents de la sécrétion sudorale, tels que la pilocarpine ou l'atropine.

J. donne des exemples des constatations intéressantes qu'il a pu faire grâce à cette technique. Il a observé, par exemple, l'action inhibitrice du froid (sauf chez une névropathe dont le froid exagérait, au contraire, la sécrétion sudorale). les phénomènes d'épuisement auxquels donnent lieu des excitations répétées. Chez un sujet normal, dont la sécrétion sudorale était très abondante, il a vu les réflexes sudoraux disparaître, et les pores sudoraux s'atrophier sous forme de petites fentes linéaires, à la suite d'applications de formol au 1/10e, répétés plusieurs fois par jour pendant plusieurs jours. Chez une tuberculeuse, il a pu mettre en évidence l'extrême rapidité et l'intensité des réactions sudorales, mais aussi l'influence inhibitrice très rapide du froid. Chez un malade atteint d'anémie pernicieuse, les réactions étaient au contraire très ralenties et très atténuées. Dans un cas d'œdème brightique, les réactions avaient complètement disparu, et J attribue cette particularité à la compression du canal sudoripare par l'œdème. La sudation devient abondante, au contraire, pendant la résorption des œdèmes par le fait de l'hydrémie. Enfin, dans le diabète sucré, on constate souvent une diminution de la sécrétion sudorale, et même une atrophie de certains pores sudoraux, qui rappelle ce qu'on observe chez le vieillard ou à la suite du traitement par le formol.

J. Mouzon.

N. A. Ssokoloff (de Petrograd). ***La teneur du sang en cholestérine dans la gangrène des extrémités avant et après la surrénalectomie.*** — La forte teneur des surrénales en cholestérine a posé la question de savoir si ces organes étaient les producteurs de la cholestérine (Grigaut) ou s'ils en étaient seulement les réservoirs (Aschoff, W. Hueck, Landau, Rothschild). Les expériences de surrénalectomie bilatérale, faites par ce dernier, chez le lapin, ont réalisé des taux élevés d'hypercholestérinémie post-opératoire, qui ne sont pas compatibles avec une fonction cholestérinogène des surrénales.

D'autre part, on sait que W. Oppel (de Petrograd) traite la gangrène des extrémités par la surrénalectomie. S. s'est proposé d'étudier l'influence de cette opération sur la cholestérinémie chez l'homme. Ses études ont porté sur 13 malades, qui ne présentaient, par ailleurs, ni diabète, ni signe de lésion hépatique ou rénale. Or, dans aucun cas, il n'y a eu augmentation de la cholestérine du sang après surrénalectomie, comme Grigaut l'avait observé chez le chien (en concomitance avec une hypertrophie de la surrénale restante), mais parfois, au contraire, une certaine diminution.

Par elle-même, la gangrène des extrémités, d'après les dosages de S., n'entraine aucune modification de la cholestérinémie, ce qui donne à penser qu'elle ne serait pas en rapport avec l'athérosclérose vulgaire.

J. Mouzon.

O. Klein (de Prague). ***Contribution à l'étude du fonctionnement rénal dans les hypertonies permanentes artérioscléreuses.*** — K. a étudié 136 hypertendus : 112 atteints d'hypertension simple (« hypertendus colorés » de Volhard), 24 atteints d'hypertension avec sclérose rénale (« hypertendus pâles » de Volhard). Il s'est attaché à l'exploration physiologique du fonctionnement rénal par les épreuves de concentration ou de diurèse provoquée par le dosage de l'azote résiduel et de l'urée dans le sang, par l'établissement de la constante d'Ambard

enfin, dans certains cas, par des épreuves de perméabilité à la lactose (2 gr. intraveineux) ou à l'iodure de potassium (0 gr. 50 *per os*). L'étude clinique, et en particulier l'évolution des urines, de la tension artérielle, de l'état cardiaque ont été suivies 2 à 3 ans dans la plupart des cas.

L'hypertonie simple (tension maxima de 16 au plus au Riva-Rocci) s'accompagne souvent de petits signes de mauvais fonctionnement rénal. Mais ces signes sont souvent passagers, — comme l'hypertension de ces malades, d'ailleurs, qui peut varier de 5 cm. et davantage du matin au soir : diminution ou ralentissement du pouvoir de concentration dans 20 pour 100 des cas, plus rarement trouble dans les épreuves de diurèse provoquée, qui peuvent aboutir à une excrétion d'eau exagérée dans les 3 ou 4 heures, et donner lieu à une concentration sanguine; élévations légères et transitoires de l'azotémie (ne dépassant pas 0,80 pour 100), légers troubles dans les épreuves de perméabilité dans certains cas, albuminuries (80 pour 100) ou cylindruries (50 pour 100) transitoires, mais rarement permanentes (15 pour 100 seulement des cas). La nycturie est fréquente : tantôt elle est un indice de défaillance cardiaque, tantôt elle est simplement en rapport avec les oscillations diurnes de la tension artérielle. Au point de vue capillaroscopique, les hypertendus se classent en 5 catégories : 1° anses capillaires normales; 2° simple allongement des anses, avec rétrécissement de la branche artérielle; 3° allongement des anses, rétrécissement des branches artérielles, et accélération du cours du sang (« courant de chasse »); 4° aspect variable des anses dans le même champ : ici aspect filiforme de la branche artérielle; là dilatation de la branche veineuse ou du segment intermédiaire, ailleurs aspects péristaltiques de l'anse; 5° comme dans la glomérulo-néphrite, branche artérielle très étroite, anses très contournées, courant ralenti et souvent granuleux. Ces types capillaroscopiques sont souvent transitoires dans les formes bénignes de l'hypertension permanente; la dilatation de la branche veineuse est souvent l'indice du fléchissement cardiaque.

Les formes malignes de l'hypertension (néphrosclérose) se distinguent principalement par les altérations du fond de l'œil, qui sont à peu près constantes, et par le caractère intense et surtout permanent des troubles rénaux : généralement albuminurie et cylindrurie, mais toujours troubles du pouvoir de concentration et de dilution du sang, azotémie, etc.

Dans tous les cas d'hypertension à forme maligne avec néphrosclérose, dont l'autopsie a pu être faite, il y avait toujours un petit rein atrophique granuleux. Sur 15 cas d'hypertension simple, il y avait également des lésions d'atrophie granuleuse du rein dans 14 autopsies.

K. pense que les lésions rénales des hypertendus doivent être comprises de la manière suivante : Dans l'hypertension simple, les troubles rénaux apparaissent de manière transitoire, soit par faiblesse cardiaque, soit par spasme artériolaire; ils sont favorisés par le rétrécissement artérioscléreux des artères. Ils sont dus au même mécanisme que toutes les autres méiopragies viscérales des hypertendus, mais les artères du rein semblent plus atteintes que toutes les autres par le trouble hypertonique. La forme maligne de l'hypertension, qui aboutit à la sclérose rénale atrophique, n'est qu'un stade plus avancé de la même affection. L'hypertension simple est l'antichambre de la sclérose rénale.

J. Mouzon.

THÉRAPEUTITCHESKY ARKHIV

(*Moscou*)

Tome 11, fasc. 2, 1924.

N. S. Smirnov (de Moscou). ***Sur le repas d'épreuve à l'alcool.*** — Les repas d'épreuve usuels présentent l'inconvénient de ne pas donner un suc gastrique pur, mais plus ou moins mélangé avec des restes alimentaires. On a cherché à y remédier par l'emploi des repas d'épreuve liquides : extrait de bouillon, lait, thé, eau, etc. Mais ces divers liquides provoquent généralement une sécrétion de suc gastrique bien moins intense que celle qu'on obtient avec des aliments solides. Par contre, il n'en est pas de même pour l'alcool, qui a été proposé comme repas d'épreuve par Ehrmann.

Le procédé consiste à faire absorber, à jeun, 300 cmc d'une dilution d'alcool à 5 pour 100, et à extraire le contenu gastrique une demi-heure après. A ce faible degré de concentration, l'alcool excite vigoureusement la sécrétion, sans agir sur la production de mucus. Le liquide, qui a un goût agréable, est bien toléré par les malades (chez des sujets faibles, on note parfois une légère sensation d'ivresse). L'absence d'éléments solides dans ce repas d'épreuve permet de faire le cathétérisme stomacal avec une sonde très fine, de sorte que celui-ci est facile à pratiquer même chez des malades gravement atteints.

S. a institué, dans le service du professeur M. P. Kontchalovsky, une série de recherches comparées avec le repas d'épreuve de Boas-Ewald et le repas à l'alcool. Ces recherches, qui ont porté sur 30 cas, ont montré que le repas à l'alcool présente, entre autres avantages, celui de n'exiger qu'un seul cathétérisme, alors que, habituellement, il faut en pratiquer deux : l'un à jeun et l'autre après le repas. L'absence d'aliments solides dans le repas à l'alcool et aussi sa transparence permettent d'apercevoir très facilement tout élément étranger (sang, pus, mucus duodénal ou bronchique, etc.), ainsi que les moindres restes alimentaires.

Dans 86,6 pour 100 des cas étudiés, la teneur en acide chlorhydrique libre correspondait aux chiffres obtenus après un repas de Boas-Ewald. L'acidité totale était à peine supérieure au taux de l'acide chlorhydrique libre.

L. Cheinisse.

M. V. Tchernoroutzky. ***La période de convalescence dans les maladies infectieuses aiguës.*** — Le présent mémoire est basé sur 1 277 observations de convalescents, dont 893 convalescents de choléra, 324 de typhus exanthématique et 60 de fièvre typhoïde.

Sur ce nombre, on comptait 793 convalescences (527 cholériques, 213 typhus exanthématiques et 53 fièvres typhoïdes) non compliquées et dans lesquelles la température a été systématiquement suivie pendant plusieurs semaines.

Il résulte de cette étude que, au cours de la convalescence après maladie infectieuse aiguë, il n'est pas rare d'observer des élévations thermiques plus ou moins passagères, sans retentissement sur l'état général.

Voici quelle a été la fréquence de ce phénomène dans les cas non compliqués :

	Pourcentage	
Choléra	42,6	(229 cas sur 527).
Typhus exanthématique	49,7	(106 cas sur 213).
Fièvres typhoïdes	58,5	(31 cas sur 53).

Quant aux complications survenant au cours de la convalescence, elles ont été notées 23 fois sur 893 cas de choléra, ce qui représente une proportion de 2,5 pour 100; 51 fois sur 324 typhus exanthématiques, c'est-à-dire dans une proportion de 15,7 p. 100; 7 fois sur 60 fièvres typhoïdes, soit une proportion de 11,6 pour 100.

Les complications purulentes suivantes ont été communes aux trois maladies infectieuses en question :

	Choléra	Typhus exanth.	Fièvre typhoïde
Péritonites purulentes	5	18	1
Otites moyennes purulentes	3	14	1
Abcès et phlegmons	10	12	2

Ces accidents purulents formaient 78,2 pour 100 du total des complications dans le choléra, 86,2 pour 100 dans le typhus exanthématique et 57,1 pour 100 dans la fièvre typhoïde.

Mais, en tenant compte de l'ensemble des complications purulentes, on constate que celles-ci constituaient 87 pour 100 du total des complications dans le choléra, 88,2 pour 100 dans le typhus exanthématique et 71,4 pour 100 dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire, en moyenne, plus de 4/5.

Les élévations thermiques, tout comme les complications, s'observent, dans la plupart des cas, à la période comprise entre le 10e et le 17e jour de la convalescence.

Ces élévations de la température au cours de la convalescence et cette susceptibilité particulière à l'égard des infections purulentes sont, très vraisemblablement, liées aux phénomènes d'immunisation et d'anaphylaxie.

L. Cheinisse.

E. V. Kartachev (de Petrograd). ***Recherches sur les globules blancs dans la fièvre récurrente.*** — Dans 10 cas de fièvre récurrente exempte de toute complication, K., en étudiant la formule leucocytaire de Arneth, a pu constater une déviation nette à gauche du tableau neutrophile, tant au cours de l'accès que pendant l'apyrexie et durant la 1re semaine de la convalescence. Cette constatation confirme l'opinion de Arneth d'après laquelle la lutte de l'organisme contre l'infection s'accompagne de destruction de cellules neutrophiles, avec passage de substances bactéricides dans le torrent circulatoire. K. rappelle, à ce propos, les recherches de Melkich (de Kazan), qui ont établi la présence de substances bactéricides dans le sérum sanguin de sujets atteints de typhus exanthématique pendant toute la durée de la maladie (leur teneur atteignant le maximum dans les périodes d'apyrexie et s'abaissant considérablement au cours de l'accès) et jusqu'à 50 ou 60 jours après la guérison.

L'évaluation usuelle de la formule leucocytaire a montré, dans les 10 cas, une augmentation, tant absolue que relative, des monocytes pendant l'accès. Dans quelques cas, on a noté une phagocytose des spirilles par ces monocytes.

L. Cheinisse.

V. R. Gaïvoronsky (de Saratov). ***Contribution à l'étude des modifications du sang au cours du traitement de la leucémie myéloïde par le benzol.*** — En se basant sur 6 cas personnels, G. arrive à conclure que, sous l'influence du benzol, le taux des hématies et de l'hémoglobine subit une augmentation nette, qui commence à se manifester seulement après que l'on a cessé l'emploi du médicament pour se maintenir encore au moment où la formule leucocytaire dénonce déjà une rechute de la maladie. Les modifications des globules rouges se traduisent aussi par la diminution, allant presque jusqu'à la disparition complète, des hématies nucléées, ainsi que par la disparition des anomalies de coloration, de forme et de diamètre.

En ce qui concerne les globules blancs, on peut, dans les cas qui se laissent influencer par le benzol, arriver à un abaissement accentué de leur nombre (parfois jusqu'au-dessous du taux normal). Mais, chez aucun des malades de G., la formule leucocytaire n'est revenue à la normale, tout en montrant des modifications importantes. C'est ainsi que les myélocytes subissaient toujours une diminution, tant absolue que relative. Les polynucléaires neutrophiles augmentaient aux dépens des mononucléaires. Le pourcentage des lymphocytes tendait à se rapprocher de la normale, leur nombre absolu restant à peu près au même niveau. Le taux des polynucléaires éosinophiles et basophiles subissait une diminution pendant l'amélioration, et une augmentation pendant les rechutes.

Quant à la valeur thérapeutique du benzol, G. la considère comme supérieure à celle des rayons de Röntgen et du thorium X, tout en reconnaissant, d'ailleurs, que le benzol donne seulement des améliorations plus ou moins durables et que son emploi n'est pas exempt d'inconvénients (troubles digestifs, albuminurie, etc.).

L. Cheinisse.

Vlados et E. Taréev (de Moscou). ***Auto-hémothérapie.*** — De leur expérience personnelle, portant sur 25 cas (80 injections), V. et T. croient pouvoir conclure que l'injection intramusculaire de son propre sang provoque, chez le malade, une réaction à deux phases, la 1re se caractérisant par un frisson, avec élévation de la température, leucocytose neutrophile et éosinophile, et réaction focale; la 2e se traduisant par une amélioration de l'état général et du tableau sanguin.

Dans les anémies chroniques, ces injections exercent la même action que les petites transfusions de sang, tout en étant moins toxiques et plus faciles à réaliser.

Les meilleurs effets thérapeutiques ont été enregistrés par V. et T. dans la chlorose, dans les anémies post-hémorragiques et post-helminthiques, dans certaines autres anémies secondaires, ainsi que dans les arthrites et les névralgies.

Quant au mécanisme d'action de la protéinothérapie, V. et T. seraient portés à l'attribuer à la mobilisation des ferments leucocytaires.

L. Cheinisse.

REVUE DES JOURNAUX

LYON CHIRURGICAL

E. Flatau et B. Sawicki. ***Du traitement combiné (intervention chirurgicale suivie d'irradiation) des tumeurs malignes vertébrales et médullaires*** (*Lyon chirurgical*, tome XXI, n° 1, Janvier-Février 1924). — Le *traitement chirurgical exclusif* des tumeurs malignes vertébrales ou médullaires n'a donné jusqu'ici que des résultats bien décevants : dans toute la littérature, c'est à peine si l'on peut citer quelques cas suivis d'issue favorable, c'est-à-dire de guérison se maintenant au bout de quelques années (9 ans, Oppenheim; 5 ans, Puttnam-Elliot). Aussi, depuis les progrès réalisés par la radiothérapie, a-t-on essayé d'appliquer à ces tumeurs, considérées autrefois comme inaccessibles aux rayons, cette méthode thérapeutique qui se montre si souvent supérieure dans ses effets au bistouri : grâce à elle, Saenger, Belot-Tournay, Fischer auraient obtenu une amélioration et même la guérison dans quelques cas de tumeurs médullaires; par contre, elle n'aurait pas retardé l'issue fatale chez trois malades de Fischer atteints de tumeurs vertébrales. Mais les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre une appréciation définitive de la valeur de la *radiothérapie exclusive* dans le traitement des tumeurs malignes vertébrales et médullaires.

Une méthode thérapeutique utilisant la *combinaison de la chirurgie et de l'irradiation* vient d'être essayée dans 3 cas, par F. et S. Dans le 1er et le 3e de ces cas, il s'agissait de tumeur vertébrale ayant envahi la moelle; dans le 2e, de tumeur médullaire propagée à la colonne vertébrale. Dans les 3 cas, l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de sarcome. Voici, brièvement résumées, ces trois observations :

I. — Jeune fille de 15 ans, atteinte de paraplégie spastique totale des membres inférieurs avec rétention d'urine et voussure dans la région des VIe-VIIe vertèbres dorsales. Début il y a 3 mois. On diagnostique un cancer et on intervient. A droite de la VIIe dorsale, on découvre un gros foyer rempli d'un tissu gris-rose, mou, néoplasique (que l'examen microscopique révélera plus tard être un sarcome). Les vertèbres voisines sont envahies par le processus : on enlève les apophyses épineuses et les arcs des VIe, VIIe et VIIIe dorsales et on constate alors que la dure-mère est également envahie sur une hauteur de 4 cm. environ; mais il est impossible d'enlever entièrement le tissu néoplasique à ce niveau en raison de son adhérence. On arrête donc l'opération, mais dès le surlendemain on commence une série d'irradiations. Le troisième jour après l'opération, la motilité reparaît dans les membres inférieurs et la malade peut uriner spontanément. Les irradiations sont continuées à intervalles réguliers tous les 15 jours d'abord, tous les mois ensuite, puis plus rarement. 9 mois après l'opération, la malade marche seule, sans soutien et très vite. Elle est restée en excellente santé depuis 5 ans : les irradiations ont été poursuivies — à intervalles d'ailleurs éloignés — pendant 4 ans.

II. — Homme de 30 ans, atteint de paraplégie presque totale des membres inférieurs avec incontinence d'urine, abolition des réflexes et de la sensibilité, voussure des XIe et XIIe dorsales. Début il y a 5 ans. L'opération montre que ces deux vertèbres ainsi que les Ire et IIe lombaires sont envahies par un processus néoplasique dont le point de départ est dans l'intérieur du canal rachidien : masse molle englobant les grosses racines nerveuses de la queue de cheval et qu'on se borne à curetter (examen histologique : sarcome vasculaire) Résection des arcs vertébraux. Irradiation par rayons X en séries, pendant un an consécutivement. Il y a d'abord une amélioration de la motilité : le malade peut faire quelques mouvements, mais la sensibilité, les réflexes restent abolis. Au bout de 1 an la paraplégie redevient complète et une nouvelle série d'irradiations ne la modifie en rien : il est certain que le tissu nerveux du segment inférieur de la moelle et de la queue de cheval a été détruit par le tissu néoplasique. Mais celui-ci, depuis la 2e série d'irradiation, a été entravé dans son développement, car actuellement, après 9 ans, le malade est toujours dans le même état, sans récidive.

III. — Homme de 48 ans, atteint d'une métastase vertébrale d'un sarcome inopérable du bassin, se manifestant par une paraplégie spastique totale des membres inférieurs, des troubles variés de la sensibilité, des réflexes, de la rétention d'urine; en outre, œdème des membres, escarre sacrée. La métastase vertébrale ne s'est révélée que 5 ans après la constatation de la tumeur pelvienne, mais ses conséquences se sont développées et il a fallu intervenir rapidement. L'opération a consisté à réséquer les apophyses épineuses et arcs des VIIIe-XIe vertèbres dorsales envahies. Sur toute cette étendue, la moelle était recouverte d'une masse néoplasique gris-brun, nulle part intimement adhérente à la dure-mère, qui fut excisée. Suture de la plaie. Deux semaines après l'opération, irradiation en séries qu'on n'a pas cessé depuis. Dès le début de l'irradiation, retour progressif de la sensibilité, puis réapparition des réflexes. Après un mois, premiers mouvements actifs au niveau des genoux. Depuis amélioration progressive, quoique lente. Au bout de 2 mois, l'escarre était guérie. Actuellement, après 1 an 1/2, le malade a repris son métier, il a récupéré toute la sensibilité et la motilité de ses membres inférieurs, n'a plus de troubles de la miction, ni de la défécation, conserve une exagération de ses réflexes tendineux et un Babinski positif. La tumeur du bassin a diminué de volume, mais est encore perceptible.

Se basant sur ces observations, les auteurs concluent que l'opération combinée aux irradiations constitue la méthode de choix dans la thérapeutique des tumeurs malignes vertébrales avec envahissement de la moelle ou médullaires avec envahissement des vertèbres. J. Dumont.

P. Santy et M. Guilleminet (de Lyon). ***La thoracoplastie extra-pleurale dans la dilatation des bronches*** (*Lyon chirurgical*, tome XXI, n° 2, Mars-Avril 1924). — La dilatation des bronches est, par définition, une suppuration ouverte se drainant plus ou moins bien dans les voies aériennes. Quand ce drainage est insuffisant, on peut évacuer artificiellement les collections par pneumotomie ou chercher à en réduire les dimensions par la collapsthérapie (on peut aussi tenter leur suppression par pneumectomie, mais cette dernière opération ne peut convenir qu'aux bronchiectasies circonscrites à un seul lobe — cas rare — et elle est d'ailleurs d'une gravité excessive : 50 pour 100 de mortalité).

Les résultats de la pneumotomie laissent à désirer. La gravité opératoire reste grande (mortalité de 25 pour 100 au moins), elle ne réalise qu'un mauvais drainage et, dans les meilleurs cas, elle laisse une infirmité fâcheuse : la fistule. Aussi faut-il la réserver aux bronchiectasies limitées, aux dilatations sacciformes, aux grosses collections sans sclérose, non ouvertes ou s'évacuant imparfaitement dans les bronches. Elle est inapplicable aux formes diffuses — les plus fréquentes — s'accompagnant de sclérose pulmonaire péribronchique, plus ou moins marquée, qu'on ne peut guère espérer réduire que par la collapsthérapie.

Celle-ci comporte trois méthodes : le pneumothorax artificiel, le décollement pleuro-pariétal, la thoracoplastie extra-pleurale. La fréquence des adhérences pleurales explique largement l'échec habituel du pneumothorax. Le décollement pleuro-pariétal (Tuffier) avec compression limitée au niveau des lésions par tamponnement (tissus organiques, mèches paraffinées, ballon de caoutchouc) a donné de beaux succès, il est vrai, mais dans les cas de suppurations pulmonaires chroniques à diagnostic imprécis (abcès pulmonaires post-pneumoniques, foyers gangreneux, collections interlobaires); mais les vraies dilatations bronchiques ainsi traitées sont très rares et, en tout cas, la méthode ne peut s'adresser qu'à des lésions très limitées : elle est inapplicable aux formes diffuses. En outre, ce que l'on sait de l'intensité de la sclérose péribronchique chez les bronchiectasiques et de la lenteur du travail de rétraction qui s'accomplit au sein de leur poumon interdit de croire que l'on puisse utiliser chez eux des moyens d'action temporaire : or, c'est là un des inconvénients de la méthode de Tuffier qui a vu ses masses de tamponnement s'éliminer 4 fois sur 8.

En réalité, la grande majorité des bronchiectasies vraies ne sont justiciables que de la *thoracoplastie extra-pleurale*, parce que seule elle permet, grâce à un large effondrement de la paroi thoracique, de réaliser un affaissement suffisant du poumon et d'espérer une réduction progressive des cavités bronchiques en favorisant leur drainage par expression. La gravité de cette opération est d'ailleurs bien moindre que celle de la pneumectomie et de la pneumotomie, et, quant à ses résultats éloignés, s'ils aboutissent rarement à des guérisons vraies, ils se traduisent généralement par des améliorations marquées qui supportent avantageusement la comparaison avec ceux obtenus autrement. Mais il faut, pour cela : 1° que l'opération soit exécutée aussi précocement que possible, avant que la sclérose pulmonaire péribronchique soit trop accentuée; 2° qu'elle soit faite très largement pour avoir des chances d'atteindre les lésions dans toute leur étendue; 3° que ces lésions soient unilatérales.

Les auteurs donnent quelques détails techniques sur l'opération et ils résument deux cas personnels dans lesquels ils ont eu l'occasion de l'exécuter avec des résultats variables : amélioration considérable dans un cas, bénéfice plus précaire dans l'autre (lésions bilatérales et diffuses).

J. Dumont.

E. Ledoux (de Besançon). ***Un cas d'acrocyanose traité et considérablement amélioré par la sympathectomie humérale*** (*Lyon chirurgical*, tome XXI, n° 2, Mars-Avril 1924). — Il s'agit d'un homme vigoureux, âgé de 29 ans, sans antécédents morbides, atteint depuis Novembre 1921 de cyanose avec œdème de la main droite et du poignet, non douloureuse, mais simplement gênante, due manifestement à une vaso-contraction périphérique et que L. eut l'idée de traiter par la sympathectomie périartérielle (artère humérale). 14 jours après l'opération, le malade se trouvait notablement amélioré : il n'éprouvait plus d'engourdissement, de fourmillement, l'œdème avait à peu près complètement disparu, la cyanose du dos de la main et des doigts s'était légèrement atténuée, mais le bracelet cyanotique du poignet avait disparu. 6 mois après l'intervention, l'amélioration s'était encore notablement accentuée.

J. Dumont.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE

(*Leipzig*)

Suermondt. ***Les résultats du traitement de l'empyème par la thoracotomie à la clinique du prof. Zaaiger*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CLXXXVI, nos 1-2, 1924). — Après avoir rappelé les deux méthodes de traitement de la pleurésie purulente : 1° la pleurotomie avec résection costale; 2° le siphonage par tube de caoutchouc ou de métal introduit par simple ponction, l'A. étudie le moment propice pour la thoracotomie. L'intervention précoce avant enkystement du foyer entraîne tous les inconvénients d'un pneumothorax total chez un malade en état de moindre résistance. De nombreux échecs de cette méthode ont amené à procéder à des ponctions en série jusqu'à localisation du foyer. Elle se produit en général vers le 15e jour, date favorable pour la thoracotomie. Temporiser au delà du 15e jour risque d'amener la chronicité et la formation d'une fistule. L'importance des soins post-opératoires est capitale. Il faut favoriser l'ampliation du poumon : 1° par la gymnastique respiratoire; 2° par des inspirations d'oxygène sous un certain degré d'hyperpression; 3° par le maintien à l'aide d'appareils spéciaux d'une pression négative constante intrapleurale, ce qui chez certains malades donne des douleurs persistantes et des poussées fébriles. Il faut en outre faire des lavages fréquents du foyer pleural, de préférence avec une solution de Dakin. Pour éviter des accidents de shock, on ne commence ces lavages qu'au 8e jour. Après désinfection complète, obtenue en 3 ou 4 semaines, on peut fermer secondairement la fistule. En cas de fistule persistante, S. préfère recourir à la décortication pulmonaire plus physiologique que les résections costales étendues. Sa statistique comporte 82 cas d'empyème opéré chez l'en-

fant avec 19 morts, soit 15,8 pour 100 de mortalité, et 103 cas chez l'adulte avec 8 morts, soit 7,7 pour 100 de mortalité.

M. Barthélemy.

Steden. ***Les douleurs récidivantes après cholécystectomie calculeuse et non calculeuse*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CLXXXVI, n°s 1-2). — La stase vésiculaire non calculeuse a été expliquée soit par des anomalies de structure, des compressions ou des coudures des voies biliaires, soit par des troubles du système nerveux ganglionnaire qui régit la motricité des voies biliaires et du sphincter de Oddi, soit enfin par spasme réflexe consécutif à des excitations périphériques le plus souvent au niveau d'un ulcus duodénal. S. a pratiqué au cours de ces 3 dernières années 23 cholécystectomies pour stase non calculeuse, dont 3 seulement chez l'homme. Les malades étaient âgés de 20 à 30 ans, 13 avaient eu des coliques hépatiques et 5 un passé gastrique Il y avait en générsl un contraste saisissant entre l'importance du syndrome clinique et le peu de lésions trouvées à l'opération Ces lésions consistaient essentiellement en distension vésiculaire avec adhérence aux organes voisins. L'analyse bsctériologique pratiquée dans 8 cas a toujours décelé un contenu vésiculaire stérile. Les résultats éloignés de ces cholécystectomies pour stase non calculeuse ont été étudiés dans 18 cas, en moyenne 2 ans après l'intervention. Dans la moitié de ces cas la guérison est restée complète. Les autres malades présentent encore des crises douloureuses digestives Chez un de ces malades, une réintervention pratiquée avec le diagnostic d'ulcus duodénal a permis de constater l'intégrité parfaite de tous les organes et n'a pu expliquer les douleurs persistantes.

Les résultats éloignés de cholécystectomies pour cholécystite calculeuse ont été étudiés comparativement dans 107 cas, environ 2 ans après l'opération.

Dans 56 pour 100 des cas la guérison est restée complète.

Dans 29 pour 100 des cas persistent de légers troubles digestifs.

Dans 15 pour 100 des cas, il y a encore des troubles sérieux.

Sur 16 malades de cette dernière catégorie, 13 présentent des crises identiques aux crises préopératoires. L'un d'eux avait eu un drainage de l'hépatique, un autre un drainage du cystique, un troisième une brèche suturée au niveau du cholédoque.

Au début, en cas de stase non calculeuse, S. hésitait à enlever une vésicule saine en apparence. Aujourd'hui il en pratique délibérément l'ablation après examen attentif de tous les organes voisins, y compris le rein droit.

M. Barthélemy.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(*Kharkov*)

Ya. M. Krinitzky (de Pétrograd). ***Contribution à l'étude des altérations anatomo-pathologiques de l'aorte chez les animaux, en rapport avec la théorie moderne de l'athérosclérose chez l'homme*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 11-13, 15 Juillet 1924). — Sur 65 aortes de vaches qu'il a eu l'occasion d'étudier, K. a trouvé 41 fois des lésions microscopiques de la paroi, qui doivent être divisées en deux catégories nettement distinctes : 1° l'engraissement de l'*intima*; 2° la décalcification de la tunique moyenne.

Le premier de ces processus rappelle de très près la phase initiale de l'athérosclérose humaine ou de l'athérosclérose expérimentale du lapin et du cobaye. Le second, au contraire, diffère complètement de l'athérosclérose, mais se rapproche beaucoup de la décalcification de la tunique moyenne des vaisseaux périphériques chez l'homme. En effet, là comme ici, on constate que la chaux se dépose au sein de la tunique moyenne, de préférence suivant le trajet des fibres élastiques, et en l'absence de lésions du côté de l'*intima*. La seule différence est dans la localisation du processus à l'aorte chez les vaches, aux vaisseaux périphériques chez l'homme.

Ainsi donc, tout comme chez l'homme, les processus d'infiltration primitive portent sur les lipoïdes et sur les sels de chaux. Mais ici les lipoïdes passent au second plan et leurs dépôts ne sont jamais considérables, de sorte que l'on ne retrouve pas chez les vaches (ni chez les chevaux) de processus tout à fait analogues à l'athérosclérose : les réactions cellulaires y font notamment défaut.

L. Cheinisse.

A. Malinine (de Saratov). ***Contribution à l'étude des altérations anatomo-pathologiques des organes hématopoïétiques dans la cachexie cancéreuse*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 11-13, 15 Juillet 1924). — Le présent travail est basé sur un cas de mort par cachexie cancéreuse, observé à la Clinique gynécologique universitaire de Saratov et dans lequel l'autopsie a pu être pratiquée 3 h. 1/2 après le décès.

L'examen anatomo-psthologique montra, dans la rate, des altérations profondes des corpuscules de Malpighi, altérations qui paraissaient exclure toute possibilité de naissance d'érythrophages au sein de ces corpuscules. L'absence d'érythrophsges dans la pulpe splénique et le résultat négatif de la réaction micro-chimique du fer sur les coupes de la rate cadraient bien avec les modifications constatées dans les corpuscules de Malpighi.

La rate avait été, à cet égard, suppléée par les ganglions lymphatiques, où l'on remarquait une érythrophagie intense. Celle-ci joue évidemment un rôle important dans la genèse de l'anémie spécifique au cours de la cachexie cancéreuse.

Se basant sur ces constatations, M. conclut que la cachexie cancéreuse, tout au moins dans les cas non compliqués, est la conséquence directe de l'intoxication par les toxines néoplasiques. La mort survient par épuisement presque complet de l'activité des organes hématopoïétiques surtout, mais avant que l'énergie spécifique des ganglions lymphatiques ne soit définitivement éteinte.

L. Cheinisse.

Prof. E. A. Tatarinov (de Perm). ***Contribution à l'étude des plaquettes sanguines*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 11-13, 15 Juillet 1924). — On sait combien sont encore contradictoires les opinions relatives à l'origine et à la nature des globulins ou plaquettes sanguines. T. s'élève contre la théorie de Deetjen, d'après laquelle la plaquette serait un véritable élément cellulaire, muni d'un noyau différencié, se divisant par karyokinèse et possédant des mouvements amiboïdes énergiques. Pour sa part, T. n'a jamais pu constater la présence de ces mouvements; quant au prétendu « noyau », il serait simplement un artifice de préparation.

D'autre part, les recherches qu'il a instituées sur la moelle osseuse des lapins, des chiens et des chats n'ont pas confirmé l'opinion de Wright, suivant laquelle les plaquettes sanguines proviendraient des mégakariocytes.

Par contre l'étude des propriétés antigènes des plaquettes sanguines semble indiquer une parenté entre celles-ci et les hématies. La formation de plaquettes paraît liée au processus d'usure des globules rouges.

Certains auteurs ont soutenu que la diminution du nombre des plaquettes dans le torrent circulatoire, observée au cours des maladies infectieuses, tient à la désagrégation de ces plaquettes avec libération d'anticorps. Pour T., ce phénomène n'a, au contraire, rien à voir avec le problème de l'immunité.

L. Cheinisse.

Prof. M. B. Fabrikant (de Kharkov). ***Contribution à l'étude des abcès du foie*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 11-13, 15 Juillet 1924). — Le travail de F. est basé sur 12 observations personnelles, dont une ayant trait à des abcès multiples du foie.

Il est intéressant de noter que deux de ces cas se rapportent à des enfants, âgés l'un de 3 ans 1/2, l'autre de 5 ans.

Au point de vue étiologique, il y a lieu de retenir 1 cas, extrêmement rare, d'abcès tuberculeux primaire du foie et 2 cas de suppuration de kyste hydatique après typhus exanthématique.

Sur les 12 malades, 2 ont succombé : l'un avec un abcès consécutif à une fièvre typhoïde, l'autre avec un abcès après cholécystite et angiocholite.

L'intervention opératoire doit avoir lieu aussitôt que le diagnostic d'abcès du foie a été établi. Le diagnostic précoce pourra être considérablement facilité par des ponctions exploratrices, qui permettront aussi de préciser la localisation de l'abcès par rapport au diaphragme.

Dans le cas d'abcès multiples, F. a procédé à la déchirure, à l'aide du doigt, du parenchyme hépatique, afin de réunir tous les petits abcès en une poche unique. Cette manœuvre a donné lieu à une hémorragie intense. Mais, étant donné le pronostic généralement fatal de l'abcès multiple du foie, F. estime que l'on doit essayer ce procédé qui permet d'escompter l'évacuation mécanique d'un grand nombre d'abcès, ainsi que l'évacuation dans la poche commune des abcès pouvant subsister. Le procédé mérite surtout d'être essayé chez les femmes, qui supportent mieux les hémorragies. Le cas opéré par F. se rapportait à une femme et il se peut que cette circonstance ait contribué au succès de l'intervention.

L. Cheinisse.

B. N. Doubinskaïa (de Kharkov). ***Contribution à l'étude de l'éosinophilie pleurale massive*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 11-13, 15 Juillet 1924). — D. rapporte un cas d'épanchement hémorragique de la plèvre, avec présence dominante d'éosinophiles et cristaux de Charcot-Leyden. L'examen du sang montra aussi une éosinophilie (25 pour 100). A mesure que l'exsudat se résorbait, on remarquait, parallèlement à la diminution de l'éosinophilie, un accroissement du taux des lymphocytes, tant dans l'épanchement pleural que dans le sang.

Les données cliniques ne plaidaient pas en faveur de la nature tuberculeuse du processus. Dans les antécédents, on relevait bien un traumatisme (chute de cheval avec contusion du thorax), mais il n'était pas possible d'établir un rapport direct entre ce traumatisme et l'épanchement pleural, qui paraissait plutôt consécutif à une infection grippale.

L. Cheinisse.

BULLETIN

of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL

J. R. Cash ***La pression sanguine après réduction du parenchyme rénal; étude des modifications du chimisme du sang et de la masse sanguine*** (*Bulletin of the Johns Hopkins hospital*, tome XXXV, n° 400, Juin 1924). — Janeway, puis Backman ont déjà montré que l'ablation d'un rein associée à l'excision d'une partie du rein opposé est suivie chez le chien et le chat d'une élévation de la pression artérielle, mais la mesure de cette pression prête à la critique. En possession d'un appareil (sphygmographe de Kolls) analogue à l'oscillomètre de Pachon, permettant d'enregistrer avec exactitude la pression diastolique et systolique chez le chien, C. a repris ces expériences et étudié en outre les modifications éventuelles du chimisme sanguin et du volume du sang. Il a réalisé la réduction du parenchyme rénal le plus souvent en associant à une néphrectomie unilatérale, l'excision d'une portion de l'autre rein, parfois accompagnée de la ligature d'une ou de plusieurs branches de l'artère rénale du même côté. Dans ces conditions, il se produit rapidement après l'intervention presque toujours une élévation des deux pressions systolique et diastolique, constamment une augmentation de la pression diastolique atteignant en moyenne 27 mm. Hg. Pour obtenir ce résultat, il est indispensable que la totalité du parenchyme rénal ait été diminuée d'au moins 50 pour 100 et qu'en outre une portion du rein qui a été privée de sa circulation soit restée en place. La simple nécrose étendue du tissu rénal, telle que celle qui résulte d'un infarctus volumineux d'un rein ou de la ligature d'une branche d'une artère rénale, ne suffit pas à produire d'augmentation de la pression sanguine. Il en est de même de l'excision complète de l'un des reins suivie de son ablation. Le tissu rénal nécrosé resté *in situ* joue donc un rôle important dans la production de l'élévation de la pression sans qu'on puisse encore en préciser la raison.

L'accroissement de la pression artérielle atteint son maximum peu de jours après l'intervention ; peu à peu la pression tend à revenir à la normale. La rapidité avec laquelle se produit le changement semble à peu près proportionnelle à la quantité de parenchyme rénal subsistant.

Le chimisme du sang n'est guère influencé. Après une réduction du parenchyme variant de 25 à 85 p. 100, on ne constate aucune modification appréciable dans la quantité de l'azote non protéique et des chlorures du sang. Au delà de 50 pour 100, il existe toujours des troubles dans l'excrétion de la phénolsulfonephtaléine. L'épreuve du rouge vital de Rowntree n'indique aucun changement dans le volume de la masse sanguine. Jamais il ne se produisit d'œdème au cours de ces expériences.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL

(*Paris*)

R. Marsan. ***Le traitement opothérapique des métrorragies*** (*Le Progrès médical*, n° 18, 3 Mai 1924). — Lorsque l'examen gynécologique ne permet pas de trouver la cause anatomique d'une métrorragie, et surtout si celle-ci coïncide avec une période menstruelle, on est autorisé à recourir à la médication opothérapique. Le cas se présente fréquemment aux approches de la ménopause où s'observent les métrorragies dites « crépusculaires », et aussi au moment de la formation pubérale où se manifestent les ménorragies dites « essentielles ». Bien que, dans les deux cas, l'étiologie de ces pertes sanguines excessives soit généralement complexe, il faut admettre, cependant, que le dérèglement momentané de la fonction ovarienne y joue le rôle principal. Il est donc tout indiqué d'agir sur l'ovaire plutôt que d'essayer de juguler ces hémorragies à coup d'hémostatiques. Mais l'opothérapie ovarienne ne donnera de résultats vraiment satisfaisants que si l'on administre la chalone ovarienne *sistomensine*, élément frénateur et régularisateur de la sécrétion interne de la glande, qui s'oppose, comme on sait, à l'élément activateur *agomensine*. M. a pu traiter ainsi avec succès plusieurs cas de métrorragies récidivantes qui avaient résisté à l'administration des hémostatiques classiques. Ces résultats ont été obtenus en trois ou quatre jours, avec des doses quotidiennes de 3 à 6 comprimés de sistomensine.

L'ENCÉPHALE

(*Paris*)

Balduzzi Ottorine. ***Evaluation de la pression du liquide céphalo-rachidien dans les méningites séreuses et dans les tumeurs de l'encéphale*** (*L'Encéphale*, tome XIX, n° 2, Février 1924). — Le diagnostic différentiel des divers syndromes d'hypertension intracranienne est très difficile, aucun des symptômes qui le constituent n'étant par lui-même spécial à telle ou telle variété; le meilleur signe est fourni par la ponction lombaire à condition qu'elle soit pratiquée suivant certaines règles, et que les variations physiologiques et pathologiques du liquide soient mesurées de façon exacte avec un appareil tel que celui de Claude, qui donne comme normale une tension moyenne de 15-20 d'eau, le sujet étant couché et jusqu'à 35 dans la position verticale. Ayala a noté au cours de recherches sur de nombreux cas : la pression initiale marquée par le manomètre avant évacuation de liquide, la pression résiduelle ou finale au moment où l'on suspend l'extraction, la quantité de liquide extrait; et il a pu observer que la pression résiduelle après extraction d'un nombre donné de centimètre cubes de liquide n'est pas seulement en rapport avec la pression initiale, mais avec la quantité du liquide contenu dans les espaces sous-arachnoïdiens. Il a établi ainsi un *quotient rachidien* traduit ainsi en indiquant par I la pression initiale, par F la pression finale et par Q la quantité de liquide soustrait : $q_R = \frac{Q \times F}{I}$. Cette donnée, recherchée dans des cas de tumeurs cérébrales et de méningites séreuses, est de 2,55 à 4,55 dans les tumeurs, de 7 à 10 au contraire dans les méningites séreuses. Les quelques cas où le quotient était très élevé dans les tumeurs étaient dus à une énorme hydrocéphalie concomitante. B. a repris cette étude sur 15 cas de tumeur cérébrale contrôlées et sur 10 cas de méningite séreuse ou de méningite tuberculeuse, le quotient rachidien le plus élevé dans les tumeurs cérébrales n'a pas dépassé 5 : dans le cas de méningite séreuse il n'est pas descendu au-dessous de 6; les résultats sont donc constants et l'étude du quotient rachidien constituerait une donnée précieuse pour préciser un diagnostic douteux entre une tumeur cérébrale et une méningite séreuse.

Alajouanine.

Henri Claude, Borel et Robin. ***Démence précoce, schizomanie et schizophrénie*** (*L'Encéphale*, tome XIX, n° 3, Mars 1924). — La question de la démence précoce est l'une des plus controversées de la psychiatrie et la classification de Kræpelin en hébéphrénie, catatonie, paranoïde n'est qu'une classification d'attente. La notion d'évolution ne saurait en effet suffire à réunir des faits disparates où la démence n'est souvent qu'apparente. Aussi a-t-on essayé de mieux marquer ce qui fait l'unité de ce groupe; le trouble essentiel a été successivement qualifié de dissociation (Claude), de dysharmonie (Arstein), de discordance (Chaslin), Bleuler a apporté en 1911 une conception très originale et proposait, au lieu du mot démence, le terme de schizophrénie. Certaines restrictions doivent être apportées à cette notion de schizophrénie.

Elle se caractérise par un caractère essentiel : la dislocation des fonctions psychiques. Bleuler admet quatre formes de schizophrénie : *a*) paranoïde; *b*) catatonique; *c*) hébéphrénique; *d*) schizophrénique simple. Les trois premières formes se superposent aux types couramment admis dans la classification française. La schizophrénie simple comprend « ce qu'on a mis sous la bannière de la psychopathie, de la dégénérescence, de la folie morale, de l'alcoolisme et, peut-être aussi, et c'est le plus grand nombre, de la santé ». A l'état le plus léger, ce sont les schizophrénies latentes, les « schizoïdes » de Kretschmer, opposés aux sujets « syntones » ou adaptés.

La conception de Bleuler s'étend à presque toutes les psychoses et c'est le plus grand reproche qu'on puisse lui faire que d'avoir fait entrer dans une vaste synthèse des maladies diverses et d'avoir dépassé les excès de Kræpelin. Si l'on reste sur le terrain de la démence précoce, la conception de Bleuler du déséquilibre du contact avec la réalité comme fait primitif d'où découlent tous les symptômes cardinaux de l'affection, méconnaît les caractères de la forme hébéphrénique où l'affaiblissement intellectuel, au contraire, est le phénomène initial prédominant; il n'y a plus là dissociation ou discordance seulement; il y a démence vraie. Une autre objection, c'est que la notion d'autisme, ou de retrait de la réalité, appliquée à tous les cas de démence précoce, n'est qu'une hypothèse. Il est bien des individus où la psychose est la réalisation morbide de tendances schizoïdes constitutionnelles. Mais ils sont peu nombreux, et ceux-là seuls méritent pour C., B. et R. le nom de schizophrénie simple.

Leur conception est donc beaucoup moins extensive que celle de Bleuler. Il s'agit là de faits cliniques précis, de sujets présentant antérieurement une constitution spéciale, la *constitution schizoïde* : tendance à la solitude, à la rêverie, conceptions imaginaires; puis effort pour s'adapter à la réalité, dilection pour la vie intérieure aux dépens de l'activité pragmatique A un stade de plus, sous une influence affective ou toxi-infectieuse, ou sans motif appréciable, le schizoïde a cessé de s'adapter à l'ambiance. Cet état pathologique est la *schizomanie*. L'activité est de plus en plus négligée, les fonctions restent cependant parfaites. Les malades ont conscience d'un état morbide et ils essaient de se soustraire à la réalité qui leur est imposée (soit par fugues, soit par claustration, soit par des constructions imaginaires). Un degré de plus et le schizomane devient *schizophrène* : l'être psychique est bouleversé; on atteint ici à une véritable « dislocation » des fonctions psychiques. L'individu a perdu contact avec la réalité et même l'intérêt de sa propre existence; il a l'air absent, ne répond pas, reste au lit, parfois rit ou pleure sans cause apparente. Et cependant ce n'est pas un dément tout simplement, mais seulement relativement à certains complexes, à certains moments. Bien qu'il ait l'apparence d'un dément précoce classique, on peut démontrer l'existence d'une pensée autiste soit par l'interrogatoire, soit par le procédé de l'éthérisation.

Tel est l'évolution de ces schizoïdes constitutionnels, passant par un stade plus ou moins prolongé de schizomanie avant de tomber dans la dissociation schizophrénique, sans que l'évolution soit, d'ailleurs, fatalement progressive. Les faits sont différents des *vraies démences précoces* (démence juvénile de Morel). Somme toute la schizophrénie n'est qu'une forme clinique des démences primaires. Elle a une existence clinique indiscutable et, à sa base, une constitution spéciale.

Alajouanine.

Henri Claude, Borel et Robin. ***La constitution schizoïde (étude clinique et diagnostic différentiel)*** (*L'Encéphale*, tome XIX, n° 4, Avril 1924). — Le terme de tempérament schizoïde qui a fait fortune est dû à Kretschmer. La schizoïdie, faculté de s'isoler de l'ambiance, de perdre contact avec elle, selon Bleuler, est devenu pour lui le terrain de la schizophrénie, c'est-à-dire de toute la démence précoce, de la paranoïa, de l'hystérie, des obsessions, etc. Ainsi étendue, la schizoïdie de Bleuler n'est plus un type clinique défini, mais une conception générale psychologique. Ce reproche de « point de vue » et de système que C., B. et R. font à Bleuler s'ajoute au fait que, pour eux, la schizoïdie mérite une description et une compréhension clinique plus limitée; il existe une *constitution schizoïde* qui a des caractères précis dont ils donnent une analyse minutieuse et dont ils montrent les différences avec les autres constitutions classiques.

Cette constitution se rencontre souvent chez des individus prédisposés par une hérédité psychopathologique. Dès l'enfance se manifeste le goût de la solitude, des jeux paisibles, de la rêverie, bien qu'ils puissent être fort studieux. Plus tard, l'adaptation à la réalité extérieure est difficile ou du moins elle exige un grand effort; le schizoïde n'aime pas l'action. S'il est parfois instable, c'est pour fuir un milieu qui ne le satisfait pas. En règle générale, la vie pratique est négligée au profit de la vie intérieure. A ce stade l'acétisme est conscient, volontaire; mais cette vie intérieure va se peupler de créations imaginaires qui isolent de plus en plus le schizoïde du monde extérieur et lui donnent un air rêveur et distrait, imagination qui vit surtout du passé, fort différente de l'imagination du mythomane portant surtout sur l'avenir. Cette constitution, qui peut s'accompagner d'une existence normale en apparence, pourra demander, pour être découverte, une investigation psychologique minutieuse. Nombre d'artistes, de philosophes, d'hommes de génie furent d'ailleurs de constitution schizoïde.

Le diagnostic mérite surtout d'être envisagé avec les constitutions mythomaniaque, paranoïaque et psychasthénique, les constitutions perverse et cyclothymique étant faciles à différencier, bien qu'il puisse y avoir un élément de périodicité important chez certains schizoïdes. Le schizoïde est très différent du mythomane avec sa tendance à l'altération de la vérité et au mensonge; le schizoïde n'est pas menteur, il n'est pas suggestible; son monde fictif est choisi et reste stable. Il ne déforme pas la réalité; il a conscience de l'irréalité de ses conceptions qu'il ne cherche pas à réaliser. — Le schizoïde peut manifester parfois des tendances paranoïaques, mais d'ordinaire, s'il paraît susceptible et méfiant, c'est parce qu'il est dédaigneux des contingences humaines et enclin à la solitude; il n'a pas la tendance à transformer les faits; ses facultés sont intactes; il est bien orienté, l'évolution est complètement différente. — La différence avec la constitution émotive et la psychasthénie n'est pas moins grande. Le psychasthénique est mécontent, indécis, impuissant. Il est inquiet; ce malaise, cette incomplétude manquent chez le schizoïde qui, également, est rarement obsédé. L'action enfin est tout à fait différente dans les 2 cas, le psychasthénique n'agit pas, parce qu'il ne le peut pas, le schizoïde parce qu'il ne le veut pas.

Cette délimitation clinique de la constitution schizoïde s'oppose donc à la conception de Bleuler et elle ne saurait être confondue avec aucune des classifications classiques en psychiatrie.

Alajouanine.

Buscaino. ***Recherches sur l'histologie pathologique et la pathogénie de la démence précoce, de l'amentia et des syndromes extra-pyramidaux*** (*L'Encéphale*, tome XIX, n° 4, Avril 1924). — D'une étude histologique de 10 cas de démence précoce, B. décrit dans cette affection des lésions en foyer des cellules nerveuses de l'écorce (couches I-IV), des

lésions des cellules névrogliques, mais surtout des lésions parsemées dans les voies nerveuses et dans la substance grise extra-corticale, en particulier des ganglions de la base. Ces lésions sont l'expression d'une altération histochimique locale du tissu nerveux et spécialement de la myéline et sont caractérisées par la présence d'une substance anormale, en foyers formant des grappes, à propriétés histochimiques bien définies. Il existe donc dans l'encéphale des déments précoces un grand nombre de foyers lésionnels, surtout dans les ganglions de la base, caractérisés par les plaques de « désintégration en grappe », qui seraient à la base des altérations de la conduction nerveuse et peut-être de la dissociation du mécanisme intellectuel-affectif de la démence précoce; ce système moteur extra-pyramidal est particulièrement lésé dans les cas de démence précoce à forme catatonique. Les mêmes lésions ont été également trouvées dans des cas d'amentia (confusion mentale des auteurs français), dans le spasme de torsion, dans les syndromes parkinsoniens. Or, par une nouvelle réaction au nitrate d'argent chaud pour l'étude des amines, B. a constaté dans l'urine de ces malades l'existence d'amines anormales qui n'existent pas dans d'autres affections et auxquelles il attribue un rôle toxique pour le système nerveux et les plaques de désintégration en grappe seraient l'expression histologique de leur action sur le tissu nerveux; ces amines anormales se formeraient surtout dans l'intestin grêle, sous l'influence de micro-organismes spéciaux.

ALAJOUANINE.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(Leipzig)

H. Kalcher et A. Sonnenfeld (de Berlin). ***Contribution au diagnostic de la tuberculose, surtout au point de vue de la séro-réaction de Wassermann*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome XL, fasc. 6, Juillet 1924). — K. et S. ont institué une série de recherches sur plus de 200 cas en vue de se rendre compte de la valeur de diverses méthodes préconisées pour le diagnostic de la tuberculose active. Ils arrivent aux conclusions suivantes:

La réaction d'urochromogène dans l'urine ne peut être utilisée ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic de la tuberculose active.

Il en est de même pour la teneur du sérum sanguin en albumine et pour le rapport entre les globulines et les albumines.

En ce qui concerne les constatations hématologiques, K. et S. ont noté que le taux absolu des globules blancs ne diffère pas sensiblement de la normale et que la lymphopénie n'est pas un phénomène constant. Le degré de déviation de la formule leucocytaire à gauche correspond à l'activité du processus tuberculeux. Une lymphopénie durable et une déviation notable à gauche, en l'absence d'éosinophiles, indiquent un pronostic défavorable.

La sédimentation accélérée des globules rouges ne constitue point un phénomène spécifique de la tuberculose. Mais une sédimentation normale permet d'exclure l'existence d'une tuberculose active. D'après K. et S., la valeur pratique de la sédimentation serait moins dans son utilisation comme moyen de diagnostic que dans la possibilité de s'en servir pour établir le pronostic. Ils ont, en effet, pu constater que, dans nombre de cas d'amélioration clinique (après pneumothorax artificiel, par exemple), la vitesse de la sédimentation globulaire diminuait progressivement.

K. et S. se sont surtout appliqués à étudier la valeur de la séro-réaction proposée, l'année dernière, par Wassermann.

Dans 60 pour 100 des cas examinés à cet égard, les résultats de cette réaction concordaient avec le diagnostic clinique, à savoir:

	p. 100
Tuberculoses actives avec séro-réaction positive	27
Tuberculoses inactives avec séro-réaction négative	11
Cas de contrôle (affections diverses) avec séro-réaction négative	22

La valeur clinique de cette réaction se trouve donc notablement compromise par la proportion de 40 pour 100 d'échecs.

Toutefois, dans quelques cas, qui cliniquement, radiographiquement et hématologiquement ne pouvaient être considérés de façon certaine comme des tuberculoses actives, le résultat positif de la réaction fut confirmé par l'activité ultérieure du processus.

L. CHEINISSE.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

(Cracovie)

J. Held (de Varsovie), ***De la teneur du sang en pigments biliaires et de la résistance globulaire dans divers états morbides*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome III, nos 5-6, 1924). — H. a entrepris une série de recherches sur le taux des pigments biliaires dans le sang, sur celui des globules rouges et de l'hémoglobine, ainsi que sur la résistance globulaire. Ces recherches, qui ont porté sur 50 cas d'affections diverses, ont abouti aux conclusions suivantes.

Les modifications de la teneur du sérum sanguin en bilirubine, encore que celle-ci dérive de l'hémoglobine, ne vont pas toujours de pair avec les modifications du taux des globules rouges et de l'hémoglobine. En dehors de l'hémolyse des globules rouges, la valeur de la bilirubine se trouve encore influencée par la capacité productive du système réticulo-endothélial, ainsi que par l'activité des cellules hépatiques en tant qu'appareil sécréteur des pigments biliaires. D'autre part, outre la destruction exagérée des globules rouges, l'anémie peut aussi être la conséquence de leur production insuffisante dans la moelle osseuse.

Le taux des pigments biliaires dans le sang au cours des maladies qui se traduisent par une augmentation de l'hémolyse n'évolue pas toujours parallèlement aux modifications de la résistance globulaire.

En ce qui concerne les résultats notés dans diverses affections, il y a lieu de retenir notamment qu'au cours des néphrites on constate une diminution considérable ou même l'absence complète de bilirubine dans le sérum sanguin, ainsi qu'une augmentation de la résistance globulaire.

Dans les maladies infectieuses, la teneur du sang en pigments biliaires est augmentée. Insignifiante dans la fièvre typhoïde (de 0,7 à 0,9), cette augmentation atteint presque le triple de la normale (de 1 à 1,5) dans la pneumonie avant la crise, où l'on constate en même temps une diminution notable de la résistance globulaire.

En se basant sur la teneur du sang en bilirubine et sur la résistance globulaire, on peut différencier le type des anémies aplastiques avec taux de bilirubine normal ou légèrement élevé et résistance globulaire normale d'avec le type des anémies hémolytiques avec augmentation notable de la teneur du sang en bilirubine et diminution de la résistance globulaire.

L. CHEINISSE.

R. Bernhardt (de Varsovie). ***Sur l'eczéma vrai d'origine anaphylactique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome III, n° 7, 1924). — B. rapporte 5 cas d'eczéma dans lesquels l'origine anaphylactique des lésions cutanées a pu être nettement établie.

Dans le premier de ces faits, il s'agissait d'un homme de 48 ans, propriétaire d'un magasin de fourrures, qui, depuis l'âge de 14 ans, avait toujours travaillé dans une atmosphère chargée de poils de fourrures. La première atteinte d'eczéma survint en 1900, avec localisation à la face, au cou et aux mains. Une vingtaine d'années plus tard, se déclarèrent des accès de rhinite spasmodique accompagnés d'hydrorrhée nasale. Ces accès firent penser que l'eczéma pouvait, en l'espèce, aussi être dû à une sensibilisation à la poussière de fourrures, c'est-à-dire être d'origine anaphylactique. De fait, l'injection sous-cutanée d'extrait alcoolique de fragments de fourrures réduits en poudre confirma la nature anaphylactique et des accès d'asthme, et des poussées d'eczéma. Le traitement par désensibilisation réussit à débarrasser le malade des uns et des autres.

Dans 3 autres cas, on avait affaire à de l'anaphylaxie alimentaire.

Le cinquième cas, enfin, se rapporte à une femme de 35 ans, qui avait contracté la syphilis 12 ans auparavant. Au cours du premier traitement par des frictions mercurielles, on vit se produire une éruption prurigineuse, localisée d'abord aux extrémités supérieures, puis aux membres inférieurs. Depuis, la dermatose se reproduisait rigoureusement aux mêmes endroits à l'occasion de chaque cure mercurielle, et cela indifféremment que le traitement fût appliqué sous forme de frictions ou d'injections intramusculaires. L'iodure de potassium et la quinine provoquaient aussi parfois une poussée d'eczéma. Malheureusement, il fut impossible d'essayer, dans ce cas, la méthode de désensibilisation, la malade n'y consentant pas.

L. CHEINISSE.

THE LANCET

(Londres)

A. W. M. Ellis. ***Hyperglycémie et glycosurie dans l'acromégalie*** (*The Lancet*, tome CCVI, n° 5259, 14 Juin 1924). — L'observation rapportée par E. concerne une femme de 42 ans, acromégale depuis 7 ans, qui avait une glycosurie de 100 gr. par litre et une glycémie de 4 gr. 30. Un régime approprié fait disparaître la glycosurie en quelques jours, et l'on pratique avec succès, en Mars 1921, l'hypophysectomie par voie frontale. Dans les jours qui suivent, la malade présente une glycosurie peu élevée et transitoire, et sa glycémie tombe à 1 gr. 50. On lui prescrit l'alimentation usuelle, sans adjonction de sucre: il n'y a plus de glycosurie, et la glycémie reste à 1 gr. 30. En Janvier 1923, on extirpe une tumeur névromateuse du corpuscule carotidien droit.

En 1924, 3 ans après l'opération, elle est dans un état satisfaisant, et sa glycosurie n'a pas reparu quoique la tolérance aux hydrates de carbone reste réduite: à jeun, la glycémie est de 1 gr. 80; une demi-heure après l'ingestion de 50 gr. de glycose, elle est de 2 gr. 20, et 2 heures après, de 2 gr. 30; il y a donc insuffisance glycolytique.

Des faits cliniques et expérimentaux montrent que l'hypophyse intervient dans le métabolisme des hydrates de carbone; mais tous les auteurs (Borchardt, Froment) constatent que les malades atteints de tumeurs de l'hypophyse n'ont de glycosurie qu'autant qu'ils sont acromégales. On peut en conclure que l'augmentation de la tension intracranienne ne suffit pas à elle seule à expliquer le trouble du métabolisme hydro-carboné.

D'ailleurs Burn a montré que chez le lapin la pituitrine modifie l'action de l'insuline, en diminuant ou en supprimant l'hypoglycémie consécutive à l'injection d'insuline. Olmsted et Logan aboutissent aux mêmes conclusions. Or la pituitrine est un extrait de la *pars intermedia*, aussi bien que du lobe postérieur. Si l'on admet que l'acromégalie est due à un hyperfonctionnement de la *pars intermedia*, consécutif à un adénome de cette région (comme c'était le cas dans l'observation actuelle, d'après l'examen histologique de l'hypophyse extirpée), on peut attribuer la glycosurie dans l'acromégalie à ce fait que l'action de l'insuline est inhibée par une activité exagérée de la pituitaire, et probablement de la *pars intermedia*.

J. ROUILLARD.

Al. Fleming et V. D. Allison. ***Sur le pouvoir antibactérien du blanc d'œuf*** (*The Lancet*, tome CCVI, n° 5261, 28 Juin 1924). — Des expériences qu'ils ont faites, confirmant les travaux antérieurs, F. et A. concluent que le blanc d'œuf renferme une substance bactériolytique, bactéricide et inhibante vis-à-vis des bactéries. Elle est fort active, puisque, sur certains germes très sensibles, elle est encore manifeste pour une dilution du blanc d'œuf à 1 pour 50 millions. Mesurée vis-à-vis du même germe, elle varie suivant l'espèce d'oiseau.

Cette propriété lytique est analogue à celle que possèdent tous les tissus et la plupart des sécrétions de l'organisme animal, qui sont capables de dissoudre rapidement un grand nombre de bactéries existant dans l'air, et susceptibles d'infecter l'œuf.

Le blanc d'œuf arrête la croissance de la plupart des bactéries; cette action est particulièrement nette sur les staphylocoques, sur certains streptocoques (*S. fecalis*), sur le méningocoque, la bactéridie charbonneuse, le bacille d'Eberth.

La substance bactériolytique du blanc d'œuf résiste à la digestion peptique et tryptique, et après ingestion de blanc d'œuf cru, le nombre des colibacilles et des streptocoques contenus dans les fèces diminue sensiblement.

Si l'on ajoute *in vitro* du blanc d'œuf à du sang, dans la proportion de 1 pour 100, l'action bactéricide persiste complète vis-à-vis du *Streptococcus fecalis* et presque complète vis-à-vis du bacille de Lœffler.

Si l'on injecte dans la veine d'un lapin 20 cmc d'une solution de blanc d'œuf à 10 pour 100, le sérum sanguin de cet animal acquiert un pouvoir bactéricide marqué, encore appréciable après plusieurs heures. Avant l'injection, le sérum pur est incapable de détruire complètement certains cocci; 5 minutes après l'injection, ceux-ci sont complètement dissous dans le sérum dilué à 1 pour 1.000; 3 heures après, ils le sont encore dans le sérum dilué à 1 pour 10.

En revanche, le jaune d'œuf n'a qu'une très légère action bactéricide sur certains germes; sur d'autres moins sensibles, il est totalement inactif, et même il entrave l'action bactéricide du blanc d'œuf.

J. ROUILLARD.



LAIT SEC SUPÉRIEUR

L'aliment par excellence du NOURRISSON pendant les chaleurs et pour les déplacements à la mer et à la campagne.

Échantillons et littérature médicale :
A.-F. & P. KAHN
11, rue Bergère
PARIS (IXe)
Téléph. : Central 83-07
R. C. : 210.361 B.

LE PLUS EFFICACE CONTRE LA DIARRHÉE D'ÉTÉ

Grâce à son procédé de fabrication Glaxo provenant du meilleur lait frais ne devient pas acide et ne « tourne » jamais.

Eau Minérale **PURGATIVE** Française



PURGOS

Sulfatée - Sodique - Magnésienne

contenant tous les **principes de l'**

EAU DE VICHY

alliés aux **Sels purgatifs.**

60 gr. de Sulfates par bouteille 1/2 litre

DOSE LAXATIVE :
1 verre à Bordeaux le matin à jeun.

DOSE PURGATIVE :
1 ou 2 grands verres le matin à jeun.

Echantillons au Corps Médical

ADMINISTRATION : **16, Rue Lucas,** à VICHY (Allier).

R. du C. Cusset N° 1605

MICTASOL

SPÉCIFIQUE DU
PROSTATISME

est un décongestif extrêmement puissant, un antiseptique énergique et un sédatif certain et immédiat. Sa tolérance est parfaite et son innocuité absolue. Sans contre-indication. Il est tout indiqué dans les

Blennorragies — Uréthrites — Cystites Pyélo-Néphrites — Uretérites — Congestions rénales avec ou sans Albuminurie — Hypertrophie de la Prostate.

CHAQUE COMPRIMÉ TITRE:

Camphre monobromé	0,02
Hexaméthylènetétramine	0,05
Noix de Sterculia purpuera pulv	0,25
Sucre vanillé	Q.S.

MODE D'EMPLOI :
Croquer 6 comprimés par jour : matin, midi et soir.

Prix : francs le flacon

Littérature et échantillons sur demande

LABORATOIRES JOCYL
COUDERC & ROZIÈS, Pharmaciens
PARIS — 28 et 30, Rue du Four — PARIS
Reg. du Com. : Seine, 162.365.

MICTASOL
Régulateur des Fonctions Urinaires chez l'Enfant la Femme l'Homme le Vieillard

VALÉRIANATE GABAIL
DÉSODORISÉ
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
S'il faut associer les Bromures, prescrivez l'ELIXIR GABAIL Valéro-Bromuré au Valérianate Gabail désodorisé et sans alcool.
LABORATOIRE : 3, Rue de l'Estrapade, PARIS

Spécifique des Maladies nerveuses
EUPHORISE SANS NARCOTISER — CALME SANS ASTHÉNIER — PROCURE LE SOMMEIL SANS STUPÉFIER

VALÉRIANATE GABAÏL
DÉSODORISÉ

PRESCRIT DANS TOUS LES HOPITAUX — NOMBREUSES ATTESTATIONS

Employé à la dose de 3 ou 4 cuillerées à café par jour, chaque cuillerée contient 50 centigr. d'Extrait hydro-alcoolique de Valériane sèche.

S'il faut associer la médication **Bromurée**, *prescrivez à la dose de 3 à 4 cuillerées à bouche par jour, l*

ÉLIXIR GABAÏL Valéro-Bromuré

Préparation agréable **SANS ALCOOL** qui contient, par cuillerée à bouche, une cuillerée à café de Valérianate Gabail désodorisé et 1 gramme de **Bromure de Strontium** dont le goût a été masqué par un sirop d'écorce.

ÉCHANTILLONS : 3, rue de l'Estrapade, PARIS (Ve).

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR

(Paris)

C. Levaditi et S. Nicolau. *Le mécanisme d'action des dérivés bismuthiques dans les trypanosomiases et les spirilloses* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XXXVIII, n° 3, Mars 1924). — Dans ce très important mémoire, L. et N. montrent que les sels de bismuth, incapables de détruire les trypanosomes et les spirilles à certaines concentrations, deviennent fortement parasiticides *in vitro*, dès qu'on les met en présence d'un extrait hépatique frais ou de fragments de foie, à la température de 37°. Il se forme, dans ces conditions, un dérivé bismuthique nouveau, que les auteurs dénomment *bismoxyl* et dont ils étudient la composition et le mode d'action.

D'autres tissus du lapin (poumon, cerveau, rein, capsules surrénales, ovaire, rate, thymus, muscle), agissent de même, vis-à-vis des sels bismuthiques, alors que le sang total défibriné, les hématies lavées et le sérum sanguin sont incapables de transformer les sels bismuthiques en bismoxyl. La plupart des recherches des auteurs ont été faites avec le tartrobismuthate de sodium et de potassium. Le bismoxyl peut d'ailleurs prendre naissance tant au détriment des dérivés bismuthiques solubles, qu'aux dépens des sels insolubles tels que l'oxyde de bismuth; le bismuth en nature, le bismuth métallique à l'état de division fine, se prête parfaitement bien à l'expérience. Dans tous les cas, l'extrait cellulaire s'empare du métal et le transforme en un dérivé dont les qualités parasiticides, quoique variables, sont toujours manifestes.

Il existe donc dans les divers extraits d'organes une substance transformatrice qui, agissant sur les dérivés bismuthiques, aussi bien que sur le bismuth-métal, donne naissance au bismoxyl : les auteurs appellent cette substance *bismogène* et en précisent les propriétés. C'est une substance organique colloïdale, qui agit par ses propriétés réductrices.

Quant au *bismoxyl* lui-même, l'expérience montre que ses propriétés trypanocides et spirillicides sont attachées en totalité au précipité de matières protéiques qui apparaît dans les conditions envisagées. Ces qualités parasiticides paraissent intimement liées aux colloïdes organo-métalliques floculés. Elles résistent à la dessiccation. Le bismoxyl est manifestement sensible à la chaleur, alors que le bismogène ne l'est pas. Si le bismoxyl résiste assez bien à un chauffage entre 56° et 70°, il perd ses propriétés microbicides entre 80° et 100°. Les auteurs ont vu que les propriétés spirillicides du bismoxyl-foie de veau ou de cheval se conservent pendant au moins 125 jours sans changer manifestement, à la température du laboratoire. Le bismoxyl ne filtre pas à travers les bougies en porcelaine.

Tout fait supposer que le bismoxyl est un dérivé dans la constitution duquel entrent, d'une part le bismuth, d'autre part un complexe colloïdal floculé, de nature protéique. Le complexe colloïdo-bismuthique est d'autant plus actif qu'il prend naissance dans un milieu de plus en plus riche en bismuth, mais cela jusqu'à une limite optima, au delà de laquelle le pouvoir spirillicide n'augmente plus, malgré la présence d'un excès de sel bismuthique. Seul le précipité protéo-bismuthique jouit de propriété spirillicides et trypanocides appréciables *in vitro*. L'excès de métal resté disponible dialyse à travers les membranes en collodion, est inactif et peut être réactivé par le bismogène.

Le bismoxyl doit être considéré comme une véritable toxalbumine bismuthique thermolabile, comparable à la toxalbumine arséniée qui naît aux dépens de l'atoxyl (trypanotoxyl de Levaditi). Mais tandis que ce dernier n'agit *in vitro* que sur les trypanosomes, le bismoxyl détruit à la fois les trypanosomes et les spirilles. Ceci met en lumière la supériorité du bismuth sur l'arsenic, en tant qu'agent spirillicide.

Au contact des spirilles et des trypanosomes, la toxalbumine bismuthique est sans doute absorbée par les parasites et les tue. On constate en effet, à l'examen microscopique, que les spirilles, d'abord très mobiles, s'attachent au précipité de toxalbumine floculée, se meuvent de plus en plus lentement et finissent par s'immobiliser complètement.

L'influence exercée par les extraits d'organes sur l'atoxyl, sur l'émétique d'antimoine et sur les dérivés bismuthiques et vanadiques semble indiquer qu'il s'agit d'une loi générale, d'après laquelle les composés spirillicides et trypanocides, quel que soit le métal envisagé, agissent dans l'organisme après avoir subi des transformations plus ou moins profondes, leur conférant des propriétés chimiques, physiques et thérapeutiques nouvelles. Les matières protéiques des cellules paraissent jouer un rôle de premier ordre dans le processus qui préside à ces transformations.

L. et N. relatent ensuite un certain nombre d'expériences démontrant l'action thérapeutique du bismoxyl dans les trypanosomiases et surtout dans la syphilis expérimentale du lapin. On conçoit l'intérêt pratique de cette étude. On ne peut contester en effet qu'il y a tout avantage à administrer le complexe envisagé tout préparé, au lieu d'obliger l'organisme à l'élaborer lui-même aux dépens du sel bismuthique injecté. C'est ce qui a amené MM. L. Fournier, Guénot et Schwartz à étudier sur l'homme les effets thérapeutiques du bismoxyl dans la syphilis à toutes ses périodes. L. Rivet.

L. Fournier, Guénot, Schwartz et Yovanovitch. *Traitement de la syphilis par le bismoxyl et par le complexe bismuth-nucléine* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XXXVIII, n° 3, Mars 1924) — F., G., S. et Y. ont traité une centaine de syphilitiques, dont 84 sont restés soumis à une observation assez prolongée, par divers produits préparés par Levaditi et Nicolau, et notamment le bismoxyl-foie, le bismoxyl-cerveau. Ils ont également employé, dans 12 cas, un complexe bismuth-nucléine, qui n'est pas un bismoxyl et qui n'agit pas *in vitro* sur les trypanosomes et les spirilles.

Près des deux tiers des syphilitiques traités depuis un an par le bismoxyl-foie ont obtenu la guérison, définitive semble-t-il, après 2 séries de 12 injections, mettant en œuvre une très petite quantité totale de bismuth (0 gr. 70 de bi-métal au maximum). Les résultats ont été tout à fait remarquables dans la syphilis humaine primaire ou secondaire, tant au point de vue de la guérison des accidents spécifiques qu'au point de vue de la disparition durable de la réaction de Bordet-Wassermann.

Mais certaines préparations donnent des résultats moins favorables. Cette inégalité du pouvoir thérapeutique des bismoxyls constitue, pour le traitement courant de la syphilis, un inconvénient sérieux, auquel il sera sans doute facile de remédier.

Les accidents produits par le bismoxyl, attribuables aux albumines animales qu'il contient, consistent en réactions locales douloureuses et en réactions générales fébriles, plus ou moins intenses et irrégulières, suivant les préparations, irrégulières aussi chez un même malade. Alors même que certaines injections ont produit des phénomènes violents de choc, la santé générale des syphilitiques traités n'a pas été troublée; quelques-uns ont cependant accusé un sentiment de fatigue assez prononcé et ont subi une perte de poids de 1 à 3 kilogr. Des éruptions érythémateuses ou urticariennes ont été observées chez quelques malades.

Le complexe bismuth-nucléine s'est également montré très actif contre les lésions syphilitiques primaires ou secondaires, et a fait, après une seule série d'injections, disparaître la réaction de Bordet-Wassermann dans un certain nombre de cas; mais les résultats sont trop récents pour qu'il soit possible de porter un jugement définitif sur ce produit.

La méthode thérapeutique nouvelle, imaginée et réalisée par Levaditi et Nicolau, susceptible d'être appliquée à de nombreux autres corps métalliques ou métalloïdiques, semble appelée à un grand avenir. Elle mérite d'être étudiée avec soin, de façon à arriver à la mise au point de ses diverses modalités pratiques. L. Rivet.

J. Valtis. *Sur la filtrabilité du bacille tuberculeux à travers les bougies Chamberland* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XXXVIII, n° 6, Juin 1924). — Il ressort des expériences de l'auteur qu'il existe dans les crachats et dans le pus tuberculeux autolysés à l'étuve à 37°, et aussi dans les cultures en bouillon glycériné âgées de 3 à 8 semaines, des formes du bacille tuberculeux filtrables sur bougie Chamberland L_3 et virulentes.

Ces formes filtrables du bacille de Koch, inoculées au cobaye par voie sous-cutanée, provoquent toujours des lésions de même ordre : une hypertrophie de courte durée des ganglions dans la région inoculée, la tuméfaction des ganglions trachéo-bronchiques, et des lésions d'hépatisation pulmonaire contenant des bacilles de Koch. V. n'a jamais observé de chancre d'inoculation chez les animaux dont les ganglions trachéo-bronchiques et les poumons sont ainsi atteints.

Il faut donc admettre que les formes filtrables du bacille tuberculeux peuvent, sans qu'on puisse invoquer ici d'origine aérogène, infecter le système lymphatique et provoquer la formation de lésions ganglio-pulmonaires, comme le font les bacilles normaux provenant des crachats, du pus tuberculeux ou des cultures. L. Rivet.

LA RASSEGNA DI CLINICA TERAPIA E SCIENZE AFFINI

(Rome)

J. Thomas. *Le diagnostic sérologique du cancer* (*La Rassegna di clinica terapia e scienze affini*, tome V, n° 6, Juin 1924). — T. expose une méthode de diagnostic sérologique des tumeurs malignes dont il avait déjà fait connaître les principes à la Société de Biologie dès 1922.

Cette méthode est essentiellement fondée sur le degré du pouvoir réducteur des divers sérums en présence de cellules cancéreuses.

Elle consiste à mettre en présence :

D'autre part un extrait hydrosulfurique de tumeur cancéreuse, repris par l'eau distillée, neutralisé et tyndallisé;

D'autre part un sérum normal (de cheval, de bœuf ou de mouton);

D'autre part enfin une solution de bleu de méthylène à 1/300 additionnée de 1 cmc de glycérine.

Dans une série de tubes à hémolyse on laisse tomber des doses croissantes de sérum normal et des doses décroissantes d'extrait cancéreux en présence d'une goutte de solution colorée.

La décoloration s'opère plus rapidement dans les tubes contenant plus d'extrait cancéreux. De même la réaction est plus rapide lorsqu'on remplace le sérum normal par un sérum de cancéreux.

Cette réaction, que l'auteur attribue à l'apparition dans le sang des ferments issus de la tumeur maligne, permettrait de faire le diagnostic de néoplasme, bien avant qu'en apparaissent les signes cliniques. L. de Gennes.

Palmieri. *Interprétation de la réaction de Bothello pour le diagnostic du cancer* (*La Rassegna di clinica terapia e scienze affini*, tome V, n° 6, Juin 1924). — La réaction que Bothello donnait pour spécifique du cancer en évolution est basée sur la précipitation d'une solution iodo-iodurée en présence d'acide citrique, de formaline, et d'une dilution du sérum suspect en solution physiologique.

L'auteur a repris sur un grand nombre de malades l'étude de cette réaction.

Elle s'est trouvée positive 25 fois sur 35 cas de cancers viscéraux avérés; 2 fois sur 15 cas d'épithéliomas cutanés; 10 fois sur 32 cas de maladies graves non cancéreuses; 2 fois sur 6 cas de grossesse normale; 3 fois chez des femmes bien portantes en période menstruelle. Une dilution exagérée du sérum ou un excès iodo-ioduré rendrait positive toute réaction de Bothello.

L'auteur en conclut, avec quelque vraisemblance, que celle-ci n'est nullement spécifique, mais correspond à une précipitation des albumines sériques, qu'on peut obtenir toutes les fois que le sérum à examiner est dilué du fait de l'hydrémie commune à la plupart des maladies cachectisantes. L. de Gennes.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Prof. M. H. Kuczynski (d'Omsk, Sibérie). ***Observations et expériences sur la pathogénie de la scarlatine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 29, 15 Juillet 1924). — Au cours de l'hiver 1923-1924, K. a eu l'occasion d'observer 5 cas de scarlatine dans lesquels l'examen anatomo-pathologique a pu être pratiqué aussitôt après la mort.

Sur ces 5 cas, 3 étaient tout à fait récents et se présentaient, par conséquent, à l'état de pureté. Dans le plus récent, il s'agissait d'une jeune femme de 24 ans, qui succomba au bout d'environ 36 heures après l'apparition de l'exanthème. Un petit garçon de 2 ans mourut 50 heures après l'éclosion de l'éruption. Un autre enfant, âgé de 8 ans, mourut au 3e jour de l'éruption, par œdème de la glotte. Dans ces 3 cas, accompagnés d'amygdalite streptococcique, les ensemencements d'organes donnèrent, comme il fallait s'y attendre, des streptocoques en culture pure.

La même constatation bactériologique fut faite chez un garçon de 12 ans, qui succomba à une pneumonie aiguë, au 28e jour de sa scarlatine, 10 jours après l'apparition de tous les signes d'une néphrite glomérulaire, accompagnée d'œdèmes.

Par contre, chez un enfant de 8 ans, qui mourut d'une méningite pneumococcique au cours du 5e septénaire, au déclin d'une néphrite hémorragique typique, on ne décela que des pneumocoques.

En ce qui concerne la néphrite scarlatineuse, Reichel, Löhlein, Kaufmann et d'autres établissent volontiers une distinction entre des infiltrations interstitielles multiples et une néphrite glomérulaire typique. Or, l'expérience montre que les deux peuvent parfaitement coexister, et cela à l'état aigu. C'est ainsi que, chez le garçon de 12 ans dont il a déjà été question, une néphrite glomérulaire toute récente était associée à des infiltrations interstitielles, peu étendues il est vrai, mais très nettes.

Il y a plus. Chez la femme qui a succombé 36 heures après l'apparition de l'éruption, l'examen anatomo-pathologique montra l'existence d'une néphrite tubulaire suraiguë, avec glomérules complètement normaux. L'ensemble du tableau tendait à faire considérer cette néphrite comme liée à un processus d'élimination de toxines, qui n'était pas sans rappeler la néphrite consécutive à l'empoisonnement par le sublimé.

Plus surprenant encore fut l'état des reins chez le garçon de 12 ans, qui succomba au 28e jour de la maladie. Dans ce cas-là, il existait, depuis une dizaine de jours, des œdèmes généralisés, qui, comme le montra l'autopsie, s'étendaient aussi au tissu conjonctif de l'intérieur du corps. Les reins de cet enfant pesaient 320 gr. La capsule s'en détachait facilement et la surface de l'organe était tachée de jaune-gris, avec hémorragies multiples. Une coupe transversale montra une couche corticale d'un jaune-gris, avec des glomérules pâles, d'un blanc perlé; ici encore, des hémorragies étaient nettement visibles. L'examen microscopique décela le tableau typique d'une néphrite glomérulaire. Mais ce qui mérite particulièrement d'être noté, c'est qu'une partie des glomérules (environ 6 pour 100) ne participaient pas à ce processus.

Ce fait tend donc à prouver que, contrairement à l'opinion admise, la néphrite glomérulaire typique peut évoluer sans que tous les glomérules soient pris.

Cherchant, d'autre part, à élucider la pathogénie de la scarlatine, K. a institué une série d'expériences sur des lapins, en leur inoculant des streptocoques provenant de deux sujets morts de scarlatine.

Après une incubation, dont la durée variait de 1 à 5 jours, les animaux présentaient de la fièvre pendant une période de 3 à 10 jours; puis, la température tombait, parfois pour se relever encore, mais d'une manière passagère, la courbe formant seulement un léger crochet.

Mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'à l'autopsie de ces animaux, on retrouvait, dans les reins et dans le foie, les lésions caractéristiques de la scarlatine. L. Cheinisse.

H. Behrendt et H. Klonk (de Marbourg). ***Sur le phénomène de Trousseau*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 29, 15 Juillet 1924). — Le signe de Trousseau s'explique par une hyperexcitabilité pathologique de la substance neuro-musculaire périphérique. L'intensité de cette hyperexcitabilité dépend du degré de l' « alcalose » ou de la diminution de la teneur du sang en ions Ca. Deux facteurs interviennent donc dans le mécanisme de production du phénomène de Trousseau : la pression mécanique sur les fibres nerveuses présidant au tonus musculaire (le phénomène se produit dans toute son intensité même après « exclusion », à l'aide de novocaïne, des voies centripètes et centrifuges : il ne s'agit donc pas d'un réflexe) et la diminution des ions Ca dans le sang.

Plus l'alcalose est accentuée, plus grande est la réceptivité du tonus musculaire, de sorte que des excitations légères pourront suffire pour mettre en évidence, sous forme de spasmes tétaniques, l'hyperexcitabilité qui, jusque-là, ne pouvait être démontrée qu'électriquement. Dans la tétanie respiratoire, le degré très élevé d'alcalose aboutit à des spasmes spontanés en l'absence d'excitation extérieure.

L. Cheinisse.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

Alfred Lechler (de Stuttgart). ***La périodicité de l'ulcère peptique*** (*Medizinische Klinik*, tome XX, n° 26, 29 Juin 1924). — Pourquoi les douleurs des ulcères juxta-pyloriques surviennent-elles par périodes de crises séparées par des accalmies ? Le plus souvent, l'ulcère n'est cependant pas guéri pendant les phases intermédiaires : le mélæna occulte, les images radioscopiques, quelquefois même des complications subites avec vérification nécropsique, en sont parfois la preuve. Il est bien probable que les périodes d'accalmie, quand elles ne dépassent pas quelques mois, marquent simplement la cessation de phénomènes spasmodiques, et que ces derniers commandent les grandes douleurs brûlantes et transfixiantes de l'ulcère de Cruveilhier. D'ailleurs, ces douleurs sont souvent calmées d'une manière rapide par l'atropine. Au contraire, les crises douloureuses sont fréquemment provoquées par des mécanismes qui agissent sur le système nerveux de l'estomac : on relève, en effet, à l'origine des crises, non seulement les fautes de régime, mais aussi parfois le refroidissement (un malade de L. accusait des douleurs dès qu'on soulevait ses couvertures), les boissons glacées, les bains froids, les exercices physiques, l'insomnie, et surtout les émotions. Sans doute des facteurs endocriniens interviennent-ils aussi : on peut voir les crises douloureuses reparaître à l'occasion de la menstruation (comme dans la lithiase biliaire), ou se calmer pendant la grossesse. Les facteurs nerveux du spasme sont d'ailleurs souvent complexes, et agissent par sommation. L. pense qu'un mécanisme nerveux intervient également pour expliquer les effets heureux qui ont été attribués récemment, en Allemagne, à la protéinothérapie, dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. Ce traitement provoque habituellement une recrudescence immédiate des douleurs locales, puis une sédation secondaire. Or, par la radioscopie, on a pu se rendre compte que la douleur était liée à un spasme pylorique, et la sédation au relâchement de ce spasme.

J. Mouzon.

Heinz Herbert Matoni (d'Oberhausen). ***La rœntgenthérapie des névralgies*** (*Medizinische Klinik*, tome XX, n° 26, 29 Juin 1924). — L'action puissante et rapide des rayons X sur les névralgies est trop souvent méconnue.

Elle est particulièrement nette dans la plus atroce et la plus tenace des névralgies : la névralgie du trijumeau. M. considère que la rœntgenthérapie est le véritable traitement spécifique de la névralgie du trijumeau. Peu importe que la névralgie soit « secondaire » ou « primitive », du moment que c'est une névralgie légitime, avec points de Valleix et troubles de sensibilité objective. La rœntgenthérapie doit toujours être pratiquée avant l'injection d'alcool : elle est moins efficace quand l'alcoolisation a déjà été faite, et, le plus souvent, elle permet de l'éviter. La technique de M. est simple et absolument inoffensive. Il utilise des rayons très pénétrants, et il applique 70 pour 100 de la dose d'érythème sur la région du ganglion de Gasser. Il répartit l'irradiation généralement en 3 champs : un temporal (8/10 cm.), un frontal (6/8 cm.) et un maxillo-facial (6/8 cm.). Parfois, il est nécessaire d'utiliser en outre un quatrième champ, dans la région fronto-pariétale chez l'homme, dans la région temporale du côté opposé chez la femme (pour éviter la dépilation). Grâce à cette technique, dont M. donne les détails, les formes légères de la névralgie du trijumeau guérissent en quelques heures d'une manière définitive. Les formes sévères et invétérées ne sont parfois améliorées que d'une manière passagère, mais une deuxième irradiation peut être pratiquée au bout de 4 à 6 semaines, et elle assure presque toujours la guérison définitive. En attendant cette deuxième irradiation, on peut recourir à la diathermie.

M. cite, comme exemple des beaux résultats obtenus, une femme de 53 ans, qui souffrait depuis 4 ans de tic douloureux de la face, qui était arrivée à maigrir de 45 livres, et qui avait fait déjà des tentatives de suicide. La douleur et l'hypoesthésie s'étendaient aux 3 branches du trijumeau. Le médecin traitant proposait la gassérectomie. Une première irradiation amena une guérison presque complète en deux jours. Mais une récidive commença au bout d'une quinzaine de jours. Une nouvelle séance, deux mois après la première, amena une guérison, qui reste complète encore au bout de neuf mois.

La rœntgenthérapie fournit également de beaux succès dans la sciatique. Il faut y recourir dans les formes chroniques, qui ne sont pas « symptomatiques », et qui ont résisté aux traitements habituels. Il est souvent bien difficile, d'après M., de distinguer s'il s'agit d'une sciatique radiculaire, funiculaire ou tronculaire. Aussi, sauf indication particulière, M. utilise-t-il toujours deux champs d'irradiation : un champ radiculaire, au niveau de LIV et V, des I, II et III, et de l'articulation sacro-iliaque (13/18 cm), un champ tronculaire, sur la région fessière le long du trajet du nerf. Comme pour la névralgie du trijumeau, il applique 70 pour 100 de la dose d'érythème, et il emploie des rayons durs. Le succès est généralement complet dès le 2e ou le 3e jour après l'irradiation.

La rœntgenthérapie est également applicable aux névralgies brachiales et aux névralgies occipitales. Le mécanisme de son action reste mystérieux, mais son efficacité est un fait indéniable, et c'est une acquisition thérapeutique des plus précieuses.

J. Mouzon.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

Samuel J. Cameron. ***Une série de 100 opérations césariennes faites sans accident pour rétrécissement du bassin*** (*Edinburgh medical Journal*, tome XXXI, n° 7, Juillet 1924). — Il y a avantage à pratiquer l'opération césarienne au lieu de la craniotomie dans les cas où les membranes sont rompues depuis plusieurs heures et où l'infection est à craindre à cause de touchers vaginaux répétés.

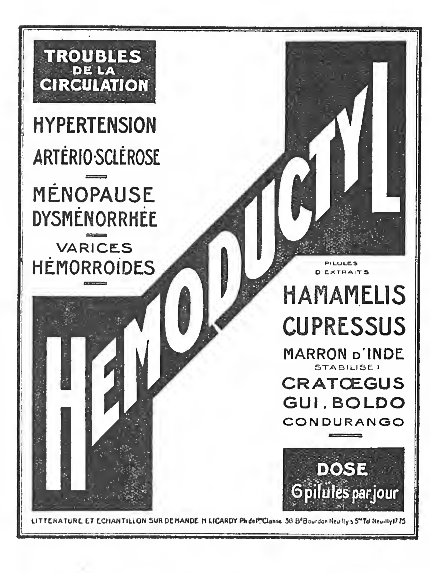
Il faut inciser l'abdomen à droite, dans la gaine du grand droit, ce qui donne une cicatrice solide, tandis qu'une incision médiane expose à l'éventration. On incisera la paroi avec un bistouri, l'utérus avec un autre.

On emploiera le catgut pour suturer l'utérus, parce que la résorption en est rapide. La soie peut déterminer des adhérences et, si elle est souillée, des fistules persistantes ; on a même vu des fistules utéro-pariétales donner passage au flux menstruel.

Si une intervention antérieure a laissé des adhérences entre la paroi utérine et le péritoine pariétal (ce qui est probable lorsque la mobilisation de l'utérus détermine des mouvements solidaires de la paroi), il faut faire une incision transversale de la paroi au-dessus de la cicatrice, et une incision transversale du fond de l'utérus. On ne cherchera pas à rompre les adhérences. Dans ces cas d'utérus adhérents après des incisions multiples, de graves hémorragies peuvent se produire par défaut de rétraction utérine.

Une rupture utérine peut se produire dans 5 pour 100 des cas, au cours d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur; elle s'annonce par une douleur abdominale vive et par les signes d'une grande hémorragie interne. Le pronostic varie suivant que le contenu utérin a été expulsé totalement ou partiellement dans la cavité péritonéale : dans le premier cas, l'hémorragie est moins grave, car l'utérus se rétracte.

L'anesthésie chloroformique est préférable pour éviter les bronchites post-opératoires chez les femmes rachitiques. J. Rouillard.


TROUBLES DE LA CIRCULATION
HYPERTENSION
ARTÉRIO-SCLÉROSE
MÉNOPAUSE
DYSMÉNORRHÉE
VARICES
HÉMORROÏDES
HÉMODUCTYL
PILULES D'EXTRAITS
HAMAMELIS
CUPRESSUS
MARRON D'INDE
STABILISÉ
CRATŒGUS
GUI. BOLDO
CONDURANGO
DOSE
6 pilules par jour
LITTERATURE ET ECHANTILLON SUR DEMANDE H. LICARDY Ph de 1re Classe 38 Bd Bourdon Neuilly s S. Tel Neuilly 17 75


LAXATIF TONIQUE ET DIGESTIF
POUR TOUS LES MALADES Y COMPRIS
OPÉRÉS
ENTÉRITIQUES
NOURRISSONS
FEMMES ENCEINTES
MARQUE DÉPOSÉE
TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION
LAXAMALT
LAXAMALT
COMBINAISON CRISTALLINE
D'HUILE DE PARAFFINE ET D'EXTRAIT DE MALT
GOUT AGRÉABLE · MEILLEURE UTILISATION DE L'HUILE DE PARAFFINE : PASSAGE MOINS RAPIDE DANS L'INTESTIN
Dose Moyenne 2 à 3 cuillerées à soupe par jour, en nature ou dans un peu d'eau
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
Laboratoires H. LICARDY, Ph. de 1re Classe. 38, Bd Bourdon à Neuilly s/Seine. Téléph. Neuilly 17-75

REVUE DES JOURNAUX

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE

Lucien Rivet et Jean Dayras. ***Les crises abdominales du purpura*** (*Revue médicale française*, tome V, n° 3, Juin-Juillet 1924). — R. et D., qui ont observé 3 cas de ce genre en quelques mois, relatent l'observation d'une fillette de 10 ans 1/2 qui, au décours d'un purpura rhumatoïde, fut atteinte d'une crise abdominale sérieuse, ayant simulé une appendicite, avec vomissements et mélæna; la maladie évolua en 3 poussées séparées par des périodes de guérison apparente. En période d'accidents hémorragiques intestinaux, on put constater une modification passagère du temps de saignement et l'irrétractilité du caillot, phénomènes qui disparurent après la guérison.

Il serait intéressant de rechercher méthodiquement au cours d'accidents de ce genre les signes hématiques du purpura hémorragique (disparition des hématoblastes, irrétractilité du caillot, allongement du temps de saignement, signe du lacet), signes qui existaient en partie dans le cas observé. On a constaté parfois en effet en pareil cas du purpura et des hémorragies sur la muqueuse intestinale. Dans ces conditions, il serait légitime de penser que la crise abdominale traduit une manifestation hémogénique au cours du purpura rhumatoïde, et que les troubles digestifs habituels de cette maladie appellent de ce côté les manifestations hémorragiques.

J. Dumont.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Berlin*)

Prof E. Meyer (de Gœttingue). ***Réactions colloïdoclasiques ; l'action des petites quantités de substances cristalloïdes sur le mouvement de la circulation et de l'eau, et, en particulier, l'action thérapeutique du sucre de raisin*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 30, 22 Juillet 1924). — A côté des injections intraveineuses plus ou moins massives de solutions hypertoniques de glucose, dont les effets thérapeutiques ont fait l'objet ici même de deux « Mouvements thérapeutiques » (*La Presse Médicale*, 10 Avril 1920, p. 206, et 2 Avril 1921, p. 266), on peut, suivant M., utiliser l'injection intraveineuse de 10 à 20 cmc. seulement d'une solution glycosée à 10 ou 20 pour 100.

Dans les cas d'angine de poitrine ou « d'angine abdominale », ainsi que dans les cas de claudication intermittente, cette injection, répétée une, deux ou trois fois par semaine, réussirait souvent à débarrasser le malade pour longtemps de ses accès.

Dans près de 80 pour 100 de cas d'hypertension artérielle vraie, l'injection amènerait un abaissement notable de la pression, qui atteint généralement son maximum au bout de 2 heures, mais qui peut se prolonger pendant 12 heures et plus. Chez les sujets normaux, cette action ne se produit pas toujours et est, le plus souvent, peu accentuée. Dans les hypertensions néphritiques, elle est excessivement rare.

Dans les cas d'hypertension vraie où la capillaroscopie montre une constriction des capillaires avec courant sanguin irrégulier, on constate, à la suite de l'injection, une dilatation des capillaires et une circulation plus régulière.

Il serait fort peu plausible d'admettre que ces effets des petites quantités injectées de glucose fussent dus à des modifications d'ordre osmotique ou à une augmentation de la teneur du sang en sucre (il peut, tout au plus, s'agir d'une augmentation de 0 gr. 06).

Les recherches instituées par M. en collaboration avec Handovsky, et dont les résultats ont été consignés dans le travail analysé plus loin, ont montré que ce qui intervient ici, ce sont les phénomènes *colloïdoclasiques*.

Des substances cristalloïdes autres que le glucose, et notamment le chlorure de sodium, peuvent produire des effets analogues, mais l'action la plus constante appartient au glucose.

Au point de vue thérapeutique, les constatations faites par M. sont susceptibles de trouver des applications multiples. On peut notamment associer l'action du glucose à d'autres médicaments. C'est ainsi que dans les cas d'insuffisance cardiaque où la strophantine se montre impuissante en raison de l'irrigation trop faible des vaisseaux coronaires, ou lorsque des troubles angineux font craindre l'action de la strophantine, on peut souvent remédier à cet état de choses en diluant la dose voulue de strophantine (de 1/2 à 1 milligr.) dans 10 cmc de solution de glucose à 20 pour 100. On peut combiner le glucose et l'euphylline (1/3 d'ampoule d'euphylline dans 10 cmc de solution glycosée à 20 pour 100).

Mais il n'est pas indifférent de diluer un médicament cardiaque ou vasculaire dans une solution isotonique ou hypertonique, car l'action colloïdoclasique constatée par M. et qui est à la base de l'effet thérapeutique n'appartient qu'aux solutions hypertoniques.

L. Cheinisse.

H. Handovsky (de Gœttingue). ***Modifications du sérum sanguin après injections [intraveineuses] de petites quantités de substances cristalloïdes*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 30, 22 Juillet 1924). H. a institué une série de recherches comparées sur les sérums sanguins des sujets traités par le professeur Meyer (voir l'analyse précédente), avant et après l'injection intraveineuse d'une substance cristalloïde en petite quantité.

Ces recherches ont montré que, par injection dans les veines de 1 gr. de glucose ou de 0 gr. 35 de chlorure de sodium, on peut provoquer une modification de la structure colloïdale du sang. Parmi les réactions colloïdoclasiques, il en est une qui est particulièrement précoce et qui consiste dans un changement de l'état de la cholestérine dans le sang circulant. Ce changement ne s'observe, d'ailleurs, qu'après les injections thérapeutiquement efficaces.

Il serait porté à en conclure que la cholestérine joue un rôle dans le maintien du tonus vasculaire.

L. Cheinisse.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA

(*Stockholm*)

Du Bois. ***Kératoses blennorragiques ou dermatites gonococciques*** (*Acta dermato-venereologica*, tome V, fasc. 1, Juin 1924.) — L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de plusieurs blennorragies et chez lequel l'infection, en se généralisant, provoqua par 3 fois, en plus des affections articulaires, des éruptions cutanées se traduisant au tronc par des cônes cornés et aux extrémités par des semelles kératosiques palmaires et plantaires.

La lésion élémentaire de cette dermatose est une pustule à gonocoques ; mais elle est éphémère, se modifie rapidement et ses formes secondaires ne contiennent plus l'agent microbien. La voie endogène paraît être la voie de transport de l'agent infectieux.

Dans le cas de l'auteur, les hémocultures sont restées négatives, mais elles ont été faites trop tard au cours de l'éruption. Le gonocoque a été constaté dans les lésions plantaires et palmaires encore jeunes et fermées.

En résumé, la kératodermie blennorragique n'est pas une véritable kératodermie, elle ne comporte aucun élément véritablement kératosique, aussi le nom de « dermatite gonococcique » lui convient-il davantage.

R. Burnier.

H. Fuchs (de Vienne). ***Les kératodermies en foyer des mains et des pieds*** (*Acta dermato-venereologica*, tome V, fasc. 1, Juin 1924.) — En se basant sur 10 observations de la clinique de Riehl, F. étudie les divers aspects des kératodermies palmaires et plantaires. Il les divise en 3 groupes :

1° Les *kératoses à bords limités, diffuses*, comme le *kératome héréditaire palmaire et plantaire* d'Unna. Les lésions cornées, souvent en nid d'abeilles, sont diffuses et nettement limitées, séparées de la peau normale du dos des mains et des pieds, par un liséré érythémateux, parfois absent; la sécrétion sudorale est profuse. Histologiquement, toutes les couches épidermiques sont épaissies, et on constate souvent une imbibition sudorale du rete autour du canal d'excrétion des glandes sudoripares. Cette forme se distingue de l'*ichtyose atypique* dont les placards sont moins limités, par l'absence du liséré périphérique, l'absence de la sécrétion sudorale, et les lésions histologiques.

2° Les *kératoses atypiques en îlots et en stries*, comme la *kératose palmaire et plantaire avec altérations unguéales* de Riehl; les productions cornées sont ici disposées par îlots sur une surface cutanée normale ou squameuse ; la sécheresse de la peau est très marquée. Le liséré érythémateux fait défaut; les foyers cornés sont très étendus et il existe en même temps un épaississement des ongles et des altérations leucoplasiques de la muqueuse buccale. Cette variété de kératose offre certaines analogies avec la *maladie de Darier*, la *kératose folliculaire* de Brooke et des *formes circonscrites d'ichtyose*, dont elle se sépare par d'autres points.

3° Les *kératoses multiples en petits foyers* qui peuvent être primitives ou secondaires.

Primitives, elles ont été décrites par Brauer sous le nom de *keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare*, par Buschke et Fischer comme *keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris*; les foyers cornés sont ici nombreux, petits, bien limités. Histologiquement, on note un enfoncement cylindrique du *stratum corneum* dans le rete. Les altérations des glandes sudoripares sont variables.

Dans les formes secondaires, on peut placer l'*angiokératome de Mibelli* qui s'observe surtout sur le dos des mains et des pieds chez les sujets à système vasculaire débile.

Au point de vue pathogénique, ces diverses kératoses sont le plus souvent familiales et héréditaires; elles rentrent dans le cadre des *génodermatoses* de Meirowsky.

Elles doivent être nettement séparées des autres productions cornées, soit primitives (cor, durillons, corne cutanée, verrue), soit secondaires (eczéma, psoriasis, lichen ruber, kératodermie syphilitique, blennorragique, arsenicale, etc.).

R. Burnier.

Ake Ingman (Helsingfors). ***Etudes sur l'ichtyose congénitale ou fœtale*** (*Acta dermato-venereologica*, tome V, fasc. 2, Juin 1924.) — Dans cet important travail de 140 pages, terminé par une bibliographie très complète, I. étudie cette affection dont Darier décrit 2 types : un type grave (*kératome malin diffus congénital*), incompatible avec la vie; l'enfant, né à terme ou prématurément, présente un aspect horrible, sa peau est rouge, tendue, trop courte, fissurée, couverte de squames épaisses, jaunâtre; la face est informe, l'enfant ne peut téter et succombe au refroidissement; un type bénin (*hyperkératose ichtyosiforme généralisée*), caractérisé par une rougeur de la peau qui est rétractée et couverte de squames épaisses brunes, ressemblant à des écailles de sauriens; l'ectropion est habituel, les plis articulaires sont le siège de végétations papillaires, cornées, noirâtres; les régions palmaires et plantaires sont hyperkératosiques.

Riecke distingue 3 types de cette ichtyose congénitale : une forme grave, avec malformations multiples des membres, de la face, des organes génitaux; il s'agit de véritables monstres qui naissent à 7 ou 8 mois et qui ne vivent que quelques heures ou quelques jours; une forme moyenne (*ichtyosis congenita larvata*) où les altérations cutanées sont moins marquées; les fœtus peuvent venir à terme et vivre quelques semaines ou quelques mois ; une forme légère (*ichtyosis congenita tarda*) où les enfants naissent à terme et présentent, peu après la naissance, parfois quelques jours, quelques semaines ou quelques mois plus tard, des altérations cutanées plus ou moins intenses qui permettent la survie de l'enfant.

I. a observé à la clinique de Cederkreutz 5 cas d'ichtyose congénitale, chez un fœtus né à 6 ou 7 mois, chez un fœtus à terme mort-né, chez un fœtus né presque à terme et mort peu après sa naissance, chez une fillette née à terme et morte de bronchopneumonie à 1 mois, chez un garçon né à terme et âgé de 6 ans.

Les recherches faites par I. lui ont permis de trouver 111 cas certains d'ichtyose congénitale et 34 cas douteux, publiés dans la littérature.

La cause de cette ichtyose congénitale est encore discutée. Dans les 2 premiers cas de I. on trouva des spirochètes dans le cordon ombilical; les 3 autres cas provenaient des mêmes parents syphilitiques; en somme, dans les 3 familles, la syphilis était en jeu.

I. ne prétend pas que la syphilis soit toujours la cause de l'ichtyose congénitale; d'autres facteurs, qui agissent sur le plasma germinatif, peuvent aussi intervenir, telles les infections chroniques, les intoxications et, aussi, la consanguinité (comme dans un cas de I.). L'amastie a été observée dans 2 cas; elle fut signalée également par Kyber.

Certains auteurs ont attribué les altérations cutanées à des lésions de la thyroïde et du thymus; I. n'a observé aucune altération de ces glandes.

Cette malformation appartient au groupe des *génodermatoses*; les altérations cutanées existent déjà pendant le stade embryonnaire, bien qu'elles ne puissent se manifester qu'après la naissance.

Les formes les plus atténuées d'ichtyose congénitale peuvent être considérées comme des traits d'union entre l'ichtyose congénitale vraie et les formes graves d'ichtyose vulgaire. R. Burnier.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

A. C. Woods et J. E. Moore (de Baltimore). ***Troubles visuels produits par la tryparsamide*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXII, n° 26, 28 Juin 1924). — La tryparsamide, dont l'emploi dans la maladie du sommeil et la syphilis a fait l'objet ici même de deux « Mouvements thérapeutiques » (*La Presse Médicale*, 27 Janvier 1923 et 5 Avril 1924), présente l'inconvénient de provoquer des troubles visuels. Ceux-ci peuvent être classés en troubles subjectifs et objectifs. Dans la première catégorie, l'examen ophtalmologique reste négatif. Dans la seconde, ce qui frappe surtout à l'examen, c'est le rétrécissement du champ visuel, sans scotomes, et avec ou sans diminution de l'acuité visuelle.

Dans les cas où l'on a affaire seulement à des troubles subjectifs, on peut généralement continuer l'usage du médicament. Par contre, en présence de signes objectifs, il faut renoncer définitivement au traitement par la tryparsamide.

Sur 241 malades ayant reçu plus de 3.000 injections de tryparsamide, des troubles visuels subjectifs ont été notés chez 10,2 pour 100, et des troubles objectifs chez 5,5 pour 100.

94 pour 100 de toutes les réactions visuelles se sont produites vers l'époque de la 10e injection.

Il ne semble pas y avoir de relation directe entre ces troubles et la dose injectée, dans certaines limites tout au moins.

Les affections du système nerveux central, notamment la paralysie générale et le tabes, constituent un facteur prédisposant.

Avant d'instituer un traitement par la tryparsamide, on doit faire subir au malade un examen ophtalmologique complet (acuité visuelle, fond de l'œil, champ visuel). Tout trouble visuel survenu au cours du traitement nécessite un nouvel examen. L'existence d'une lésion syphilitique du nerf optique ou de la rétine ne constitue pas nécessairement une contre-indication à l'emploi de la tryparsamide.

Celui-ci doit, pour le moment, être strictement réservé aux trypanosomoses et à la neuro-syphilis.

L. Cheinisse.

J. P. O'Hare, W. G. Walker et M. C. Vickers (de Boston). ***Hérédité et hypertension*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 1, 5 Juillet 1924). — En étudiant les antécédents de 300 sujets présentant de l'hypertension permanente, O'H. et ses collaborateurs ont pu relever dans 204 cas, c'est-à-dire dans 68 pour 100, l'existence d'une affection vasculaire (apoplexie, cardiopathie, néphrite, artériosclérose, etc.) chez un ou plusieurs membres de la famille.

En présence de cette constatation, il y avait lieu de se demander si le fait de trouver une affection vasculaire dans les antécédents héréditaires ou collatéraux n'était pas assez commun. Or, une enquête portant sur 436 cas d'affections non vasculaires a donné un pourcentage de beaucoup inférieur d'antécédents de ce genre, à savoir 37,6 (au lieu de 68).

L'existence d'une cardiopathie, d'une néphrite, etc., chez les ascendants ou collatéraux est donc presque 2 fois plus fréquente dans les cas d'hypertension que dans d'autres états morbides.

O'H. et ses collaborateurs ont fait une autre constatation intéressante Sur les 300 hypertendus, 42 pour 100, c'est-à-dire près de la moitié, avaient présenté, dès leur enfance, des symptômes témoignant d'une faiblesse du système vaso-moteur (épistaxis fréquentes, migraines, mains froides et cyanosées, etc). Par contre, pour la série de cas témoins, ces antécédents n'ont été notés que dans une proportion de 23 pour 100. Ce qui est particulièrement significatif, c'est que, chez plus de la moitié de ces 23 pour 100, on relevait précisément l'existence d'une affection vasculaire dans la famille.

Il convient donc de surveiller les jeunes membres de ces familles à prédispositions vasculaires et de les protéger contre toutes sortes de surmenages, qui jouent également un rôle important dans la genèse de l'hypertension. L. Cheinisse.

A. D. Kaiser (de Rochester). ***Effets de la tonsillectomie sur la santé générale de 1.200 enfants, comparés avec un nombre égal d'enfants non opérés*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 1, 5 Juillet 1924). — L'enquête instituée par K. a porté, d'une part, sur 1.200 enfants ayant subi l'amygdalectomie et, d'autre part, sur 1.200 enfants non opérés, mais chez lesquels l'ablation des amygdales paraissait tout aussi indiquée que chez les premiers. Les uns et les autres ont été observés pendant une période de trois ans.

Il résulte de cette enquête que la tonsillectomie rend beaucoup moins fréquents les « refroidissements » et maux de gorge. Les enfants opérés se trouvent aussi moins exposés aux otites.

L'amygdalectomie assure une certaine protection contre les infections ganglionnaires, sans fournir cependant une garantie absolue à cet égard, et les gros ganglions cervicaux ne disparaissent pas immédiatement.

Quant aux infections laryngées, bronchiques ou pulmonaires, elles s'observent avec la même fréquence chez les enfants opérés et chez les non-opérés.

L'amygdalectomie n'empêche pas l'éclosion de la scarlatine ou de la rougeole, mais elle peut exercer une certaine influence sur la gravité de ces maladies. Elle semble, par contre, diminuer la fréquence de la diphtérie.

Elle est sans effet sur la fréquence de la chorée et du rhumatisme.

La dénutrition est bien moins fréquente chez les enfants opérés que chez les non-opérés.

L. Cheinisse.

M. R. Reid et A. Friedlander (de Cincinnati). ***Sympathectomie pour angine de poitrine; relation de 2 cas*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 2, 12 Juillet 1924). — Dans le premier des cas rapportés par R. et F., l'opération (extirpation de toute la chaîne sympathique cervicale gauche et du premier ganglion thoracique) remonte à un an : le patient n'a plus eu de crise et a été complètement débarrassé de sensation d'angoisse précordiale, mais le côté gauche de la face, le bras gauche et la moitié gauche de la paroi thoracique sont devenus le siège de troubles sensitifs particuliers, étudiés de façon détaillée par R. et Eckstein dans le travail analysé plus loin.

Chez le second opéré (sympathectomie cervicale gauche, comprenant les ganglions supérieur et inférieur), l'effet de l'intervention sur les douleurs précordiales fut remarquable. Mais, 15 jours après l'opération, il mourut subitement. L'autopsie n'a pu, malheureusement, être pratiquée. L'évolution rapide de la maladie (elle remontait seulement à 2 mois 1/2) et le caractère plus ou moins constant de la douleur permettent de supposer qu'il s'agissait, en l'espèce, d'une thrombose coronaire. L. Cheinisse.

M. R. Reid et G. Eckstein (de Cincinnati). ***Troubles sensitifs consécutifs à une sympathectomie pour angine de poitrine*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 2, 12 Juillet 1924). — Chez un homme de 48 ans ayant subi l'ablation de toute la chaîne sympathique cervicale gauche et du 1er ganglion thoracique, les suites opératoires parurent d'abord tout à fait régulières. Le patient ne se plaignait de rien; interrogé, il accusa, pourtant, une légère douleur à la région temporo-maxillaire gauche, douleur qui se produisait seulement lorsque le malade ouvrait largement la bouche et que l'on attribua à un effort au cours de l'anesthésie ou au cours des vomissements consécutifs.

Cependant, 6 mois après l'opération, le patient revint à l'hôpital, et l'on apprit alors que la douleur de l'articulation temporo-maxillaire avait persisté, et que, 2 mois 1/2 après l'intervention, se déclarèrent des accès douloureux siégeant derrière les oreilles, avec irradiations vers la région sus-orbitaire. Plus tard encore, survinrent des douleurs dans les régions innervées par la 2e et la 3e branche du nerf trijumeau, avec zones douloureuses au bras et à la paroi thoracique. La douleur dans le domaine de ces deux branches était moins intense, mais à caractère plus constant que la douleur aiguë et lancinante de la 1re branche du trijumeau et du nerf occipital.

Outre ces douleurs, le patient accusait une anesthésie plus ou moins complète dans le côté gauche de la face, de la langue, de la bouche et du pharynx. Il éprouvait quelques difficultés à avaler les premières gorgées d'eau ou de nourriture. Parfois, il était incommodé par un bourdonnement dans l'oreille gauche, ainsi que par du larmoiement et de la tuméfaction de la paupière supérieure.

A l'examen, on constatait de la blépharoptose et du myosis à gauche, une large zone d'anesthésie du côté gauche de la face, du cou et de la face interne de la joue, de l'anesthésie partielle de la moitié gauche de la langue, du pharynx et du palais, une légère déviation de la langue à gauche, une perte du sens du goût dans la moitié gauche de la langue, et une extrême sensibilité sur le trajet des nerfs occipitaux gauches et de toutes les branches de la 5e paire. Il existait, de plus, une diminution très nette de la sensibilité de la moitié gauche de la tête, du bras gauche et de la paroi thoracique gauche, s'étendant presque jusqu'au rebord costal. L. Cheinisse.

A. Friedlander (de Cincinnati). ***Types cliniques d'hypotension*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 3, 19 Juillet 1924). — L'hypotension doit être considérée comme un symptôme plutôt que comme une maladie. Il n'est pas même établi qu'elle soit toujours une manifestation d'un état morbide. Une pression systolique au-dessous de 110 mm. de mercure chez des adultes jeunes est compatible avec une santé parfaite et une constitution assez vigoureuse. L'expérience des actuaires des compagnies d'assurances sur la vie tend, d'ailleurs, à montrer que les hypotendus à l'âge moyen présentent des chances de survie supérieures à la moyenne.

F. passe en revue les divers types cliniques d'hypotension, tels qu'ils se manifestent dans le choc anaphylactique, le choc traumatique, les maladies infectieuses aiguës (choléra, diphtérie, paludisme, pneumonie, fièvre typhoïde), les infections chroniques (tuberculose, syphilis, maladie d'Addison), les états constitutionnels anormaux (*status lymphaticus*, infantilisme), les troubles endocriniens.

Trois facteurs conditionnent la pression artérielle : la force et la fréquence des battements du cœur, la résistance périphérique et le volume du sang. La faiblesse du myocarde joue dans la production de l'hypotension un rôle beaucoup moins important que les troubles vasomoteurs et les modifications du volume du sang.

C'est ainsi que dans l'hypotension par choc traumatique la toxémie constitue le facteur prédominant. L'agent toxique peut être l'histamine ou quelque substance analogue.

A titre d'hypothèse, F. serait enclin à admettre que, dans nombre d'états morbides, une hypotension permanente relève de l'action toxique exercée sur les capillaires par l'histamine ou par des substances voisines de l'histamine. L. Cheinisse.


ANÉMIE
LYMPHATISME
CHLOROSE
TUBERCULOSE
"Calciline"
RECALCIFICATION
REMINÉRALISATION
2 Formes :
COMPRIMÉS GRANULÉ
3 Types :
Calciline
Calciline Adrénalinée
Calciline Méthylarsinée.
Pos. : 2 comprimés ou une mesure
dans un peu d'eau avant chaque repas.
Enfants 1/2 dose.
ODINOT 21, Rue Violet PARIS
Prescrire : "Cal-ci-li-ne"

REVUE DES JOURNAUX

L'ENCÉPHALE

(*Paris*)

Marinesco. ***Contribution à l'étude des lésions du myxœdème congénital (idiotie myxœdémateuse de Bourneville)*** (*L'Encéphale*, tome XIX, n° 5, Juin 1924). — Les documents histologiques concernant les lésions des centres nerveux des myxœdémateux sont rares et les lésions décrites variables (chromatolyse des cellules de l'écorce et du bulbe pour Mott; infiltration ferrique des vaisseaux du cervelet et des noyaux gris pour Pierre Marie, Tretiakoff et Schumpfer). M. a repris cette étude de façon très minutieuse en ne négligeant aucune partie du système nerveux ni aucun des viscères, à propos d'une jeune malade atteinte d'idiotie myxœdémateuse, type Bourneville, tout à fait classique et morte de tuberculose généralisée. A l'autopsie la glande thyroïde était absente. Les centres nerveux furent étudiés avec des méthodes les plus diverses et en particulier la cyto-architectonie de l'écorce dans ses différentes régions fut comparée à celle d'un cerveau d'enfant de même âge. Le changement morphologique essentiel constaté consiste en une diminution de volume des cellules nerveuses et de leurs prolongements, qui est beaucoup plus accusée dans l'écorce cérébrale que dans les centres de la base; le bulbe, les cellules radiculaires de la moelle montrent une réduction moins importante. Consécutivement à la réduction de volume des cellules sus-granulaires et de leurs ramifications dendritiques, il existe une diminution du nombre des fibres qui forment les diverses espèces de fibres tangentielles; les autres particularités qui indiquent un arrêt de développement de l'écorce sont, d'une part, la persistance de la couche granulaire dans certains types de l écorce; et, d'autre part, la persistance des cellules fœtales de Cajal, dans de nombreuses régions. Ces dernières lésions se retrouvent d ailleurs dans d'autres variétés d'idiotie. Plus caractéristique de l'athyroïdie par contre est le ralentissement du développement des neurones cortieaux, qui s'accompagne d'ailleurs de ralentissement du développement de tous les tissus et organes (diminution pondérale des organes et diminution volumétrique de tous leurs éléments). L'hypothermie est probablement la cause intime de cette modification du développement, en particulier pour le système nerveux cortical qui a besoin d'une température optima que l'athyroïdie supprime. Elle détermine une diminution des échanges nutritifs, consécutive à la suppression de l'action stimulante qu'exercent les hormones de la thyroïde sur les oxydations intracellulaires; il s'ensuit une diminution de l'énergie de croissance des organes. Les troubles psychiques relèvent des troubles du développement apportés dans la structure normale des cellules. Le métabolisme des ions est également influencé par la diminution d'activité de la thyroïde. Les combustions incomplètes expliquent l'infiltration des tissus et de la peau par la mucine et la présence de glycogène dans les éléments nerveux. Ces recherches à la fois anatomiques et histo-chimiques orientent ainsi la pathogénie du myxœdème dans une voie physio-pathologique nouvelle. ALAJOUANINE.

André Ceillier. ***Les influencés (syndromes et psychoses d'influence)*** (*L'Encéphale*, tome XIX, n°s 3, 4, 5 et 6). — Le terme influence, en tant qu'il désigne une idée délirante, un syndrome, une psychose, signifie : possession spirituelle. L'influencé est un possédé de l'esprit. C'est à définir les variétés cliniques et la pathogénie des idées et des délires d'influence que C. consacre cette longue revue.

Le mécanisme du phénomène d'influence s'explique par l'addition ou la combinaison de deux éléments : l'idée d'influence, le malade admettant que ses actes et phénomènes automatiques sont dus à une influence étrangère, par suggestion, hypnotisme, sciences occultes, etc.; d'autre part, l'automatisme traduisant une dissociation de la personnalité consciente.

Parmi les manifestations de l'automatisme, les plus importantes portent sur le langage intérieur et la pensée ; elles se traduisent par des pseudo-hallucinations verbales auditives, automatiques, incoercibles, douées d'objectivité psychique, mais différant de l'hallucination vraie par l'absence d'extériorité spatiale; les pseudo-hallucinations verbales visuelles sont par contre exceptionnelles; beaucoup plus fréquentes sont les hallucinations psycho-motrices verbales ou graphiques, réalisant le langage ou l'écriture mécanique; il peut exister également de la conversation mentale, de l'inspiration passive.

Si les hallucinations visuelles sont exceptionnelles, très fréquentes sont, au contraire, les pseudo-hallucinations visuelles ou visions imaginaires; elles sont symboliques et animées, elles peuvent s'accompagner de vision intellectuelle ou sentiment de présence.

Les sentiments, les tendances, l'humeur semblent au malade également influencés, modifiés, suggérés. Les actes automatiques enfin manquent rarement et sont très importants, pour fortifier l'idée d'influence; on peut observer chez l'influencé des hallucinations motrices, des actes automatiques incoercibles et irréductibles d'emblée, des actes automatiques simples interprétés rétrospectivement comme dus à une volonté étrangère, des actes commandés par une hallucination impérative. Enfin des troubles cénesthésiques sont la règle (sensations douloureuses, sensations génitales entre autres).

Le sentiment et l'idée d'influence découlent directement des phénomènes précédents; l'état affectif qui l'accompagne n'est pas forcément pénible, il peut être agréable parfois. La formation du délire est secondaire à l'automatisme et au sentiment d'influence : le choix de l influenceur est fort variable; le spiritisme y joue souvent un rôle; il existe des variétés de l'idée d'influence : idée de perte de la liberté, idée de domination, de présence, ou même de possession.

Les formes cliniques sont très variables suivant la nature même du délire, le degré de l'automatisme et enfin l'étiologie. C'est ainsi que la forme la plus habituelle est le délire de protection. Le délire de persécution est une forme beaucoup moins typique, rarement pure; la forme mixte protection et persécution est plus fréquente, mais les types les plus remarquables de délires d'influence sont la forme érotomaniaque, la variété spirite et les variétés mystique et démoniaque (démonopathie interne ou externe).

Suivant l'étiologie, il existe deux grandes variétés de délire d'influence : primitif ou secondaire à une autre psychose. Le délire d'influence primitif ou essentiel, psychose d'influence de Séglas, se produit sans cause apparente, chez l'adulte jeune, plus souvent chez la femme; sauf cas exceptionnels, il a une évolution chronique sans tendance manifeste à la démence, à moins qu'il ne s'agisse de sujets jeunes. Plus ou moins tardivement peuvent se surajouter des idées de grandeur ou de négation. Il ne semble pas possible d'admettre d'ailleurs qu'il s'agisse là à proprement parler de psychose « essentielle ».

Dans un certain nombre de cas, il existe au-dessous du délire d'influence une psychopathie déterminée ou un état névropathique plus ou moins défini. Ce sont les délires d'influence secondaires ou symptomatiques. C'est ainsi qu'on peut les voir dans l'excitation maniaque, dans la mélancolie plus rarement, dans l'érotomanie fréquemment, chez les psychasthéniques où le relâchement de la synthèse mentale et la libération de certains phénomènes qui deviennent automatique conduisent au délire d'influence; dans la démence précoce, dans les confusions mentales, l'alcoolisme, la paralysie générale, le syndrome d'influence est rare ou au second plan.

Enfin il faut signaler le rôle du choc émotif et surtout le refoulement des tendances sexuelles inassouvies dans la genèse des délires d'influences. L'examen physique montrera aussi parfois à la base du délire des troubles cénesthésiques en rapport avec une affection organique définie.

ALAJOUANINE.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(*Lausanne-Genève*)

C. Roux. ***Au carrefour pyloro-sous-hépatique; radioscopie courante; résection pour ulcère ou gastro-entérostomie*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, tome XLIV, n° 7, Juillet 1924). — S'appuyant sur sa longue expérience, R. expose les conclusions auxquelles il est arrivé au sujet du carrefour pyloro-sous-hépatique et du traitement chirurgical des ulcères.

Pour lui, le *cancer* ne fait pas des adhérences dans le vrai sens du mot; il « peut » coller à l'occasion, mais dans la règle il reste indépendant très longtemps. Et le cancer du pylore donne en général une grosse ombre en bloc du repas opaque, en plein à gauche de la ligne médiane.

Au contraire, la formation de tissu conjonctif réactionnel et rétractile autour de la lésion est une notion très importante pour l'interprétation des images radioscopiques des ulcéreux. C'est sur cette notion que R. insiste particulièrement.

Dans l'*ulcère* de la face postérieure, le tissu inflammatoire réactionnel rend rigide la petite courbure et donne alors une figure de l'estomac en L renversé très caractéristique.

Un ulcère adhérent au lobe gauche du foie ne pourra laisser le pylore s'avancer vers la droite.

Au cours de l'ulcère du pylore proprement dit, la région pylorique est très nettement attirée vers la droite, vers le hile du foie, par le ligament hépato-pylorique qui, envahi de tissu conjonctif réactionnel, se rétracte.

Mais, si l'ulcère pylorique mord un peu du côté de la petite courbure, le tissu réactionnel se fait plus abondant sur la ligne médiane et à gauche et, en se rétractant, il donne à la ligne du pylore une direction plus horizontale, en sorte que, la stricture aidant, la partie pré-pylorique de la grande courbure dilatée ressemble à la gorge d'une pigeonne sur un nid.

C'est surtout la radioscopie qui fait constater le siège franchement pylorique, ou mordant sur le duodénum, de l'ulcère, par le déplacement proportionnel vers la droite du pylore.

L'ulcère du duodénum est très difficile à diagnostiquer, R. pense que l'ulcère ne saurait exister sans formation de tissu conjonctif jeune dans le « fouillis » sous-hépatique et, si le chirurgien a constaté à la radioscopie le déplacement de l'image vers la droite, il devra rechercher plus attentivement l'ulcère qu'il trouvera très souvent, et s'il n'intervient pas sur lui, il sera autorisé à pratiquer une gastro-entérostomie.

Dans la *cholélithiase*, l'indication opératoire est souvent très difficile à poser sauf les cas peu fréquents où la radiographie donne des indications assez précises. Ce sont ces cas où les calculs apparaissent très gros ou très nombreux, ou bien on peut les localiser dans des voies de « déambulation » anormales.

Mais le plus souvent, on a fait seulement le diagnostic de lithiase biliaire compliquée même de cholécystite ou de péricholécystite et l'on se demande si l'on doit intervenir. L'ictère prolongé, les coliques répétées, la péricholécystite surtout doivent donner à réfléchir. La péricholécystite s'accompagne de la formation de tissu inflammatoire au niveau du carrefour sous-hépatique. Et c'est ce tissu inflammatoire qui attire vers la droite l'ombre barytée de la région pylorique. Aussi faut-il toujours rechercher ce déplacement du pylore vers la droite au cours de la lithiase : il indique la péricholécystite et justifie souvent l'intervention. Celle-ci ne devra jamais être différée dès la moindre menace réelle, mais seulement dans ce cas.

Au point de vue du *traitement de l'ulcère*, R. reste fidèle à la gastro-entérostomie postérieure simple à anse courte. Il pratique une ouverture assez longue, faite perpendiculairement à l'axe de l'estomac entre les deux premières artères de la grande courbure. La suture en trois plans assure une hémostase suffisante et ménage beaucoup mieux la circulation. L'ulcère peptique s'observe alors très rarement.

R. rejette l'incision en Y et réagit contre la résection à outrance. Il trouve en effet que la cancérisation d'un ulcère n'est pas fréquente et n'est pas un argument suffisant en faveur de l'extirpation de l'ulcère; de même le nombre de cancers pris pour un ulcère.

Quant à la régurgitation alcaline, fatale dans la gastro-entérostomie simple, c'est pour Roux une manière moins dangereuse que l'excision pour diminuer l hyperacidité gastrique.

PAGE MENSUELLE

réservée à la

BIBLIOGRAPHIE DE MASSON ET CIE, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN — PARIS-VI°

Registre du Commerce: 15.234.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

par le Dr Gaston LYON

ONZIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Un volume grand in-8° de XIV-1408 pages. *Broché*. . . . . 70 fr.; *Cartonné*. . . . . 85 fr

Dix éditions de ce traité et plusieurs traductions ont déjà paru, sa réputation a été consacrée par d'innombrables praticiens français et étrangers, il n'a pas cessé d'être depuis plusieurs années un ouvrage médical de premier plan.

Le Dr Lyon a maintenu ce succès persistant en adaptant à chaque édition son traité aux méthodes nouvelles, en vulgarisant les récents procédés thérapeutiques et leurs techniques.

Tout en réduisant le volume de cette édition d'environ 400 pages, l'auteur y a introduit un nombre considérable d'additions conformes à la thérapeutique actuelle.

PRINCIPAUX CHANGEMENTS APPORTÉS A CETTE ONZIÈME ÉDITION

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES

Mention des **diverticules de l'œsophage**, rédaction nouvelle de **l'ulcère de l'estomac et du duodénum**, addition des **sténoses médio-gastriques**, réfection des **sténoses pyloriques du nourrisson**. Le chapitre consacré aux **troubles digestifs de l'enfance** a été considérablement remanié; on y trouvera mentionnés: l'*intolérance pour le lait*, l'emploi des différents *laits*; il en a été de même de celui qui traite de la **constipation**. Quelques mots ont été consacrés aux **splénomégalies**.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Le chapitre de **l'asthme** a subi des remaniements nécessités par de récents travaux, ainsi que celui de la **pleurésie purulente**.

On trouvera un exposé complet de la question des **arythmies**, notamment du traitement par la *quinidine*. Il a été tenu compte des travaux récents sur l'emploi de la digitale et de l'*ouabaïne*; les **aortites**, les **artérites** ont trouvé place dans la présente édition; le chapitre consacré à **l'artério-sclérose** et à **l'hypertension artérielle** a été l'objet d'une rédaction nouvelle.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Modifications relatives au traitement de la **migraine**, de **l'épilepsie**, des **névralgies**, etc.; l'étude des **syndromes parkinsoniens** et des **myoclonies**.

Le chapitre consacré à **l'hystérie** a été l'objet d'une rédaction nouvelle conforme à la conception actuelle du pithiatisme.

Un chapitre a été consacré aux **maladies du sympathique**.

MALADIES INFECTIEUSES

Le traitement des maladies infectieuses a bénéficié des travaux récents relatifs à un emploi plus judicieux des sérums (diphtérie), à l'extension de celui des vaccins (blennorragie), au traitement prophylactique et curatif des fièvres éruptives par les *injections de sérum des convalescents*. Le chapitre du traitement de la *syphilis* a été augmenté par les préparations de *bismuth*. Une courte mention a été faite de la **lymphogranulomatose inguinale**. Mention a été faite, au chapitre du **diabète**, du *traitement par l'insuline*.

Dans les maladies d'origine endocrinienne, des chapitres nouveaux ont été consacrés aux **syndromes hypophysaires et infundibulo-tubériens**, aux **syndromes pluriglandulaires**.

Enfin un important chapitre est consacré à **l'anaphylaxie** et à la **colloïdoclasie**, à la **thérapeutique contre le choc et par le choc**.

Les maladies hémorragipares: **hémophilie, hémogénie** ont fait l'objet d'une mise au point conforme aux doctrines actuelles.

LE BISMUTH DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

par C. LEVADITI

Un volume de 316 pages avec 31 figures et une planche en couleurs . . . . 25 fr.

L'auteur passe en revue les diverses préparations bismuthiques actuellement en usage, leurs particularités chimiques et la posologie de ces préparations. *La toxicologie du bismuth, l'absorption du métal, sa répartition* dans l'organisme et son *rythme d'élimination*, sont exposés dans les trois chapitres qui suivent. Puis, M. Levaditi étudie expérimentalement la bismuthothérapie, appliquée dans la spirillose des poules, les trypanosomiases et la syphilis du lapin. Mais la plus grande partie de cette monographie concerne l'*utilisation du bismuth dans la thérapeutique de la syphilis humaine*. L'auteur envisage, tour à tour, les périodes primaire, secondaire et tertiaire, la neuro-syphilis, la spécificité héréditaire, en citant des observations, afin de documenter son argumentation et entrainer la conviction du praticien.

L'influence du bismuth sur la réaction de Bordet-Wassermann est étudiée à son tour, de même que l'action du métal dans les formes de syphilis résistant au mercure et à l'arsenic. Les derniers chapitres se rapportent *au mode d'application, à la posologie, au choix des médicaments.*

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(*Bologne*)

M. Pincherle et L. Magni. ***Etudes cliniques, anatomiques et étiologiques sur le diabète insipide juvénile*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, fasc. 3, Juin 1924). — P. et M. exposent les différentes théories mises en avant pour expliquer le diabète insipide. La théorie endocrine fait jouer à l'hypophyse le rôle principal dans le trouble des échanges hydriques, la théorie nerveuse incrimine certains centres du mésocéphale, et particulièrement du 3e ventricule. Ascoli, reprenant les conceptions de Veil, distingue 2 formes de diabète insipide. La forme ordinaire est une polyurie primitive, sans lésions rénales, où le Δ urinaire demeure peu élevé, et est influencée par l'extrait hypophysaire. La seconde forme est caractérisée par des lésions rénales et résiste à la pituitrine. Peut-être, à la suite de Jungmann, établira-t-on une 3e forme, extra-rénale, caractérisée par des troubles du métabolisme de l'eau au niveau des tissus, tissu cellulaire souscutané en particulier. P. et M. relatent 5 observations détaillées de diabète insipide; 2 sont accompagnées d'examen anatomique. Dans un cas, ils signalent des lésions graves et étendues de l'hypophyse, réaction inflammatoire en activité et sclérose avancée, prolifération névroglique et légères altérations dégénératives du tuber cinereum; dans un autre cas où la maladie avait commencé peut-être par une forme légère d'encéphalite épidémique, les cellules ganglionnaires du tuber cinereum étaient dégénérées, mais l'hypophyse normale. Aussi les auteurs admettent que le diabète insipide peut relever de lésions hypophysaires ou nerveuses, selon les cas. Des figures histologiques et un index bibliographique important accompagnent cette étude. L. Cotoni.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(*Londres*)

Nathan Raw. ***Essais de vaccination antituberculeuse chez l'enfant*** (*The British medical Journal*, n° 3316, 19 Juillet 1924). — R. prépare un vaccin tuberculeux immunisant, obtenu à l'aide de cultures de bacilles tuberculeux morts atténués par des ensemencements successifs ininterrompus pendant 14 ans; ce vaccin a donné des résultats curatifs encourageants sur lesquels aucun détail n'est fourni.

Mais R. l'emploie surtout dans un but préventif. Chez des cobayes et des lapins il fait, une fois par semaine, pendant un mois, des injections de ces vaccins, préparés avec des bacilles vivants atténués par vieillissement; ces cultures, quoique se développant abondamment, ne sont pas pathogènes; les animaux ne deviennent pas tuberculeux. Si on leur injecte une dose usuelle de bacilles virulents, on voit qu'après six mois ils ont perdu du poids, et à l'autopsie ils présentent des lésions tuberculeuses, mais moins fortes que chez des témoins qui avaient reçu des injections de tuberculine de Koch avant cette inoculation.

D'autre part, des lapins à qui l'on a fait deux injections préventives de vaccin préparé avec des cultures mortes de bacilles humains, atténués par cultures successives (212 générations en 16 ans), à qui l'on injecte plus tard un dixième de milligramme d'une culture virulente de bacilles bovins, ces lapins restent vivants, tandis que des témoins qui n'ont pas eu la vaccination préventive meurent en quatre mois de tuberculose généralisée.

Des essais ont été faits chez des enfants; 412 enfants de 18 mois à 14 ans, dont l'un des parents était atteint de tuberculose pulmonaire, ont reçu 2 injections préventives d'un vaccin préparé avec une culture morte de bacilles bovins atténués; il n'y a eu aucun incident, aucune réaction. Jusqu'à présent (les dates ne sont pas indiquées), aucun d'eux n'a fait de tuberculose; mais il faut, dit R., attendre dix ans pour juger des résultats. J. Rouillard.

J. Smith. ***Le bactériophage dans le traitement de la fièvre typhoïde*** (*The British medical Journal*, n° 3315, 12 Juillet 1924). — Le bactériophage employé a été isolé des selles d'un sujet normal, qui n'avait jamais présenté d'infection intestinale.

S. a traité 7 cas de fièvre typhoïde par l'injection sous-cutanée de 2 cmc et l'ingestion de 15 cmc de culture de bactériophage.

Chez les cinq premiers malades, l'hémoculture était négative, mais chez deux d'entre eux le sérodiagnostic était positif, et chez quatre, les selles contenaient des bacilles d'Eberth; chez deux des malades les matières fécales renfermaient un bactériophage légèrement actif vis-à-vis du bacille d'Eberth isolé de leur intestin ou d'un bacille de stock. Chez ces cinq malades, la température tomba très rapidement (en 4 ou 5 jours). Dès le 2e jour après l'administration du bactériophage, il n'y avait plus de bacilles d'Eberth dans les selles; il y avait en revanche un bactériophage très actif.

S. a observé d'autre part deux typhiques avec hémoculture positive, dont les matières fécales contenaient du bacille d'Eberth, sans bactériophage; le traitement n'a pas modifié l'évolution de leur maladie, mais les bacilles d'Eberth ont disparu définitivement et un bactériophage très actif a pu être décelé dans les selles dès le 3e jour.

Un de ces cas s'est compliqué de pyélo-néphrite éberthienne; or, il est intéressant de noter qu'un échantillon d'urine prélevé 48 heures après le début du traitement ne contenait pas d'agent bactériolytique actif, et que des injections répétées de bactériophage n'ont pas influé sur les bacilles typhiques éliminés par les urines. J. Rouillard.

F. M. Gardner Medwin. ***Comment hâter la crise dans la pneumonie?*** (*The British medical Journal*, n° 3315, 12 Juillet 1924). — D'après G. M le nombre des leucocytes du sang est abaissé chez les grippés, et il reste tel pendant les cinq jours qui suivent la défervescence. Au 10e jour de la maladie (5e jour de la convalescence), il remonte rapidement; il est passé dans un cas de 3.200 à 18 000.

Cette leucopénie serait provoquée par des toxines inhibant temporairement les globules blancs. Elle coïncide avec une diminution de la résistance vis-à-vis des germes qui existent normalement dans les voies respiratoires; elle explique l'apparition des complications, des pneumonies grippales.

Le nucléinate de soude, en injections intramusculaires (une ou deux injections d'une solution à 0 gr. 50 par cmc), agit contre cette leucopénie en faisant appel aux réserves de leucocytes de la moelle et produit rapidement une hyperleucocytose. La température tombe en 2 ou 3 jours, quelle que soit la durée antérieure de la maladie (2 à 11 jours dans les observations relatées). L'action du nucléinate de soude est grandement facilitée par l'alcalinisation intensive de l'organisme au moyen de grosses doses de bicarbonate de soude. J. Rouillard.

THE JOURNAL OF METABOLIC RESEARCH

(*Morristown*)

A. V. Bock, H. Field et G. S. Adair. ***L'équilibre acides-bases dans le coma diabétique d'après l'étude de 5 cas traités par l'insuline*** (*The Journal of metabolic Research*, tome IV, nos 1-2, Juillet-Août 1923). — Chez 5 malades, presque tous de jeunes sujets, atteints de coma diabétique et traités avec succès par l'insuline, B., F. et A. ont étudié de façon très fouillée l'équilibre acides-bases, en déterminant le volume de CO^2 contenu dans le sang artériel et veineux, la réserve alcaline, la tension alvéolaire de CO^2, la courbe de dissociation de CO^2 et le *p*H du sang. Les données du laboratoire sont figurées graphiquement au moyen du « diagramme de CO^2 » qui montre les divers stades par lesquels passe le sang, et l'organisme en général, lors de la guérison de l'acidose ou de l'établissement de cette dernière. Dans ce diagramme, les ordonnées représentent les volumes pour 100 de CO^2 du sang, les abscisses la tension de CO^2 en mm. de Hg; le *p*H calculé d'après la formule de Henderson se trouve également figuré.

Il est impossible d'entrer ici dans le détail des faits consignés dans ce long travail. D'une façon générale on constate sous l'influence de l'insuline que le taux du volume du CO^2 du sang, de la réserve alcaline, de CO^2 alvéolaire, de la tension de dissociation de CO^2 et du *p*H du sang, augmente rapidement, tandis que diminuent l'hyperglycémie et l'azotémie et que les corps acétoniques disparaissent de l'urine. Il existe un état d'équilibre évident entre la tension de CO^2 alvéolaire et celle de CO^2 dans le sang artériel. Il est à remarquer que, malgré des chiffres aussi faibles que 6,2 volumes pour 100 de CO^2 dans le sang artériel, 13,8 pour la réserve alcaline, 9,7 pour CO^2 alvéolaire et 7,03 pour le *p*H du sang, indiquant une perte de plus de 90 pour 100 des bases disponibles du sang, la guérison put être obtenue. Fait important, dans un de ces cas de coma, l'acidose était due en grande partie à un acide organique non identifié n'appartenant pas aux acides du groupe cétonique; le tableau clinique ne différait en rien de celui du coma diabétique banal; l'insuline n'eut que peu d'influence sur l'augmentation du taux du CO^2 sanguin, aussi la thérapeutique par le bicarbonate de soude fut-elle instituée, elle parut avoir un effet héroïque sur cette acidose de nature spéciale; deux courtes rechutes de l'acidose se produisirent, le médicament n'ayant pas été donné, chaque fois l'absence d'acétones fut établie par la réaction négative au perchlorure de fer. B., F. et A. ont pu relever en 10 ans au Massachussets Hospital 13 cas probables d'acidose de ce type sur un total de 68 malades morts de coma diabétique.

L'usage du bicarbonate de soude à petites doses (3 gr. par heure en ingestion ou en cas d'impossibilité 5 gr. par voie rectale toutes les 3 heures) est recommandable dans l'acidose diabétique, concurremment avec celui de l'insuline pendant les 3 premiers jours. L'insuline, pendant le premier jour, doit être employée largement (10 à 15 unités toutes les heures pendant 5 à 6 heures, puis toutes les 2 heures), pendant les 2 ou 3 jours suivants on donnera 30 à 50 unités chaque jour. Pendant la période de coma, B., F. et A. ont administré 1 gr. d'hydrates de carbone par unité d'insuline injectée, 4 gr. après la cessation de l'état comateux.

En terminant, B., F. et A. discutent le mécanisme qui assure le contrôle de la réaction du sang et montrent le rôle joué dans l'acidose par les substances-tampons du sang, hémoglobine, protéines, etc Ils ont essayé enfin d'estimer la concentration moléculaire et la quantité totale de l'acide présent chez leurs malades. P.-L. Marie.

R. Mark. ***Rhumatisme déformant et métabolisme du calcium*** (*The Journal of metabolic Research*, tome IV, nos 1-2, Juillet-Août 1923). — L'étiologie du rhumatisme déformant est encore obscure. Les dépôts anormaux de sels calcaires constituent un des traits caractéristiques de la maladie. Aussi M. a-t-il eu l'idée d'étudier le métabolisme du calcium chez 3 malades atteints de cette affection.

Il a employé la méthode de G. W. Clark qui ne nécessite qu'une petite quantité de sang et se montre très sensible. Chez 5 sujets normaux, M. a trouvé 10 à 12 milligr. de Ca pour 100 cmc du sang total, taux qui concorde avec les données maintenant classiques. Dans les 3 cas de rhumatisme déformant il existait une hypercalcémie remarquable (18 à 27 milligr. pour 100). Chez une des malades qui fut suivie de près, M. constata que l'administration d'insuline diminua l'hyperglycémie existante, mais sans modifier le métabolisme de Ca ni l'état clinique. Un régime très pauvre en NaCl abaissa le taux des chlorures du sang et de l'urine, sans influencer celui du calcium non plus que l'état de la malade. Une alimentation pauvre en Ca fit diminuer le Ca du sang, mais sans l'amener à la normale, tant s'en faut, et cette persistance opiniâtre de l'hypercalcémie fut vraiment frappante. L'administration d'acides, d'alcalins ou de salicylate accrut la quantité de Ca excrétée dans l'urine et les fèces, mais ne modifia pas le taux du Ca sanguin ni le bilan légèrement négatif de Ca constaté avec le régime pauvre en Ca. Malgré le nombre restreint de cas examinés, ces résultats semblent bien indiquer l'existence de troubles accentués dans le métabolisme du Ca au cours du rhumatisme déformant Il se peut qu'un régime pauvre en Ca procure quelque bénéfice lors des premiers stades; mais, dans les cas avancés tels que ceux qui ont été étudiés, il n'apporta aucune amélioration.

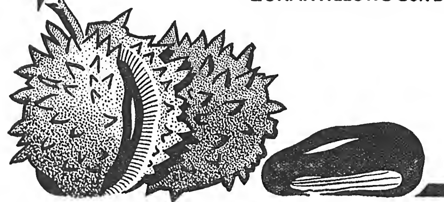
P.-L. Marie.



ALCOOLÉ CONCENTRÉ DE MARRONS D'INDE
FRAIS, STABLE, D'ACTION CONSTANTE

HÉMORROÏDES · VARICES

ACTION VASOCONSTRICTIVE SUR TOUT LE SYSTÈME VEINEUX PÉRIPHÉRIQUE
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE



— DOSES —
15 A 20 GOUTTES
MATIN ET SOIR

LABORATOIRES A. FOURIS
13 RUE LACHARRIÈRE
PARIS (XI°)
R. C. Seine N° 66.542

THÉRAPEUTIQUE BISMUTHIQUE



Nouveau Traitement de la SYPHILIS

MÉDICATION SPÉCIFIQUE INTRA-MUSCULAIRE

Trépol

Spirillicide à base de tartro-bismuthate de potassium et de sodium, concentré à 64 % de Bi, en suspension huileuse.

Néo-Trépol

Spirillicide à base de Bismuth précipité concentré à 96 % de Bi, en milieu isotonique.

Seules préparations Bismuthiques pures établies d'après les procédés et travaux de MM. le Dr LEVADITI & SAZERAC

INJECTIONS INDOLORES — PAS DE TOXICITÉ — TOLÉRANCE PARFAITE

Fabrique de Produits Chimiques BILLAULT

(SECTION DE BIOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE)

PARIS (V°) — 22, Rue de la Sorbonne, 22 — PARIS (V°)

REGISTRE DU COMMERCE : PARIS 209.029 B.

REVUE DES JOURNAUX

LA GYNÉCOLOGIE

(Paris)

G. Durante et H. Roulland. ***Tumeur embryonnaire de l'utérus*** **(*myxochondrome*)** (*La Gynécologie*, Mars 1924). — Cette tumeur, qui avait détruit une partie de la paroi antérieure de l'utérus, paraît avoir évolué en trois ans en déterminant des hémorragies de plus en plus importantes. Une hystérectomie abdominale totale, malgré l'absence de ganglions pelviens, n'empêcha pas une récidive qui survint quatre mois après dans la cicatrice.

Histologiquement, il s'agit d'un tissu embryonnaire type dont les cellules ramifiées dessinent un réseau délicat. Ces cellules se tassent par places pour former des nodules dans lesquels on peut voir tous les stades de l'évolution chondrale et la transformation de ces éléments en cellules cartilagineuses encapsulées, perdues dans une substance fondamentale ayant la réaction de la chondrine.

Les auteurs ont pu réunir 14 observations de tumeurs embryonnaires de l'utérus contenant du cartilage. On les interprète jusqu'ici comme provenant de portions des protovertèbres entraînées par le développement progressif des canaux de Wolff.

Les tumeurs embryonnaires constituent un groupe très spécial, non seulement par leurs caractères histologiques, mais aussi par leur point de départ aux dépens d'éléments arrêtés dans leur évolution avant d'avoir atteint l'état adulte.

Tandis que les tumeurs provenant de tissus adultes, lorsqu'elles perdent leurs caractères primordiaux, affectent des transformations *régressives*, tendant à la disparition de la différenciation, les tumeurs d'origine embryonnaire affectent au contraire des transformations *progressives*, évoluant vers une plus complète différenciation.

La classification des tumeurs embryonnaires a été jusqu'ici trop purement *morphologique*, d'où les confusions entre néoplasmes n'ayant entre eux que des analogies apparentes. Il importe de distinguer celles qui naissent de débris embryonnaires appartenant *au porteur*, de celles qui proviennent d'un autre embryon *greffé sur le porteur*.

La structure du néoplasme varie selon que ces éléments ont cessé d'évoluer : *a*) à une époque où ils ne sont encore orientés vers aucune différenciation; — *b*) à une époque où ils constituent des feuillets plus ou moins spécialisés ; — *c*) enfin, chez le fœtus lorsqu'ils font partie d'organes en voie d'évolution.

Pour tenir compte de ces points importants dans la pathogénie de ces tumeurs, les auteurs proposent la classification suivante des tumeurs embryonnaires:

A) Par *hétéro-greffe* (germes provenant d'un autre embryon greffé) : 1° *congénitales* : tumeurs par inclusion (père du sujet), embryomes tératoïdes, kystes dermoïdes; — 2° *acquises* (enfant du sujet) : môle, déciduome, tumeurs parthénogénétiques;

B) Par *auto-greffe* (germes provenant du porteur): 1° *type indifférencié* : tumeurs plasmodiales; — 2° *type blastodermique* avec différenciation *tissulaire* : tumeurs simples (conjonctive, nerveuse, glandulaire, cutanée); tumeurs complexes (branchiales, embryomes, tératoïdes); — 3° *type fœtal* avec différenciation *organoïde* : anomalies et tumeurs évoluant sur ces anomalies (rein polykystique).

J. Dumont.

GAZETTE DES PRATICIENS

(Lille)

H. et E. Gaudier (Lille). ***L'emploi des rayons ultra-violets en chirurgie*** (*Gazette des Praticiens*, tome XXXI, n° 589, 1er Septembre 1924, p. 257-265). — Les auteurs communiquent les résultats qu'ils ont obtenus par l'héliothérapie artificielle dont ils ont fait, en un an, plusieurs centaines d'applications sur près de 60 malades.

Ce traitement a été appliqué particulièrement à des malades atteints de lésions bacillaires, — péritonite, adénites, orchi-épididymites, synovites, — mais aussi à des plaies non tuberculeuses (plaies ulcéreuses, vieux trajets fistuleux suppurants).

La lampe utilisée était celle de la « Société du Quartz transparent » qui donne un arc de 120 mm. sous le courant continu à 2.500 bougies-4,7 ampères, avec des rayons dont les longueurs d'onde s'échelonnent entre 2.300 et 5.800 angström.

Les auteurs donnent des détails sur la technique à suivre et les précautions à prendre pour tirer des rayons actiniques tous les effets utiles sans dommage pour le malade. Retenons seulement que les irradiations doivent être faites sur la totalité du corps, sur chaque face alternativement, et que les traitements locaux ne s'appliquent que dans les cas où l'on recherche des effets limités d'irritation ou de destruction.

Les contre-indications sont celles de l'héliothérapie naturelle (lésions rénales, pulmonaires, vasculaires).

Les effets généraux du traitement se font sentir très vite. Le malade éprouve une sensation de bien-être, son appétit augmente, son sommeil est plus profond, son poids s'accroît rapidement; le nombre des globules rouges augmente pendant que celui des globules blancs diminue.

Quant aux effets produits sur les lésions locales, il convient de relever avant tout les résultats obtenus dans les *péritonites tuberculeuses*. Toutes étaient des formes ascitiques avec état général mauvais, se caractérisant par un amaigrissement progressif, souvent de la diarrhée et de la température le soir (allant jusqu'à 40° avec de grandes oscillations). De ces péritonites les unes furent traitées par la seule actinothérapie générale et locale, les autres furent laparotomisées d'abord, actinothérapiées ensuite. Deux observations publiées par les auteurs montrent l'action vraiment remarquable de ces traitements : disparition rapide de l'épanchement, chute et régularisation de la température, amélioration progressive de l'état général.

Chose curieuse, les résultats de l'actinothérapie ont été moins rapides, quoique également bons, dans les *synovites bacillaires* que dans la péritonite.

Les auteurs ont traité un grand nombre d'*adénites tuberculeuses*, particulièrement de la région cervicale. Elles se répartissent en deux groupes: ganglions non ramollis, ganglions ramollis et fistulisés. Très rapidement, sous l'influence des rayons, les premiers se ramollissent et l'on est obligé de les ponctionner; d'ailleurs il semble qu'après la ponction la guérison soit plus vite obtenue. Dans les formes fistuleuses, la caractéristique est la diminution du suintement avec étalement des fongosités parafistulaires qui se sclérosent et cessent d'être saignantes.

Des *orchi-épididymites tuberculeuses* ont été soignées également par ce procédé; les unes s'accompagnaient d'hydrocèle; dans les autres, l'hydrocèle était insignifiante, mais les lésions ramollies et, dans deux cas, fistulisées. Contrairement à ce que l'on voit pour la péritonite tuberculeuse, l'hydrocèle semble diminuer moins vite que l'ascite et il semble qu'il y ait intérêt à ponctionner la vaginale avant le traitement. Les résultats sont, en effet, particulièrement remarquables dans les cas ramollis et fistulisés : en moins d'un mois de traitement, on voit se tarir les fistules, l'épididyme diminue de volume, se cicatrise, cesse d'être douloureux.

Les auteurs ont soigné enfin un nombre considérable de *vieux trajets fistuleux suppurants*, de *plaies ulcéreuses non tuberculeuses* et, là aussi, ils ont noté une action modificatrice extraordinaire : après quelques jours, on arrive rapidement à l'assèchement du trajet, à la désodorisation du pus qui prend un caractère séro-huileux; le bourgeonnement des plaies se fait sans exagération et la cicatrisation survient très vite.

En somme, les rayons ultra-violets ont apporté à la thérapeutique des affections tuberculeuses un adjuvant puissant tant au point de vue de la rapidité de la guérison que de sa sûreté; mais il ne faut pas oublier que ces rayons peuvent être une arme à double tranchant, qu'il faut savoir fort bien manier, car, si le dosage n'est pas fait avec une extrême minutie, si la durée d'application, basée sur les réactions locales et générales, n'est pas surveillée avec infiniment de précautions, on peut voir se produire des phénomènes congestifs locaux et généraux qui, dans certains cas, peuvent donner un coup de fouet à des lésions torpides et aggraver la situation.

J. Dumont.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(Kharkov)

G. S. Démianov (de Krasnodar). ***Anémie hémolytique aiguë du type Biermer au cours du paludisme*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, nos 14-15, 1er Août 1924). — Le fait rapporté par D. a trait à un soldat de 22 ans, qui fut admis à l'hôpital militaire de Krasnodar pour des accès fébriles dont le début remontait à 3 semaines. Il s'agissait apparemment d'une récidive du paludisme, le malade ayant présenté, 6 mois auparavant, des accès analogues, qui avaient été combattus, avec succès, par des injections de quinine. Cette fois-ci, on vit succéder aux accès paludéens une anémie hémolytique du type Biermer, mais à évolution aiguë, puisque, un mois après son admission à l'hôpital, le patient succombait : l'affection avait donc duré, en tout, une cinquantaine de jours.

L'examen anatomo-pathologique confirma le diagnostic d'anémie pernicieuse (dégénérescence graisseuse du cœur, des reins et du foie; hémorragies dans les cavités séreuses; présence de normoblastes et de mégaloblastes dans la moelle osseuse). D'autre part, l'abondance du pigment ferrique constatée dans le foie et dans la rate témoignait du caractère hémolytique de l'anémie.

Dans la littérature médicale, D. n'a pas trouvé de cas d'anémie du type Biermer associée au paludisme.

L. Cheinisse.

D. D. Griaznov (de Simbirsk). ***Contribution à l'étude de la transmission intra-utérine du paludisme*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, nos 14-15, 1er Août 1924). — G. relate un cas dans lequel il a réussi à établir le fait de transmission intra-utérine du paludisme au commencement de la grossesse.

Il s'agissait d'une petite fille de 3 mois, chez laquelle l'examen du sang mit en évidence des gamètes du *Plasmodium vivax*. L'interrogatoire de la mère apprit que celle-ci était, depuis plus de 4 ans, atteinte de paludisme rebelle, débutant au printemps de chaque année pour se terminer vers le milieu de l'été. En 1923, elle fut reprise d'une récidive, au mois de Février, et, malgré le traitement, les accès persistèrent jusqu'au mois de Juin. L'enfant, née à terme, le 5 Décembre, resta bien portante jusqu'en Février 1924, lorsque la mère remarqua que, tous les deux jours, exactement à 3 heures de l'après-midi, sa fillette devenait agitée; bientôt après, à cette agitation s'associèrent des frissons, de la fièvre et des sueurs.

L'examen de l'enfant montra une dénutrition marquée, avec pâleur du tégument cutané et des muqueuses. Le foie et la rate étaient augmentés de volume.

Certains auteurs ayant prétendu que la transmission intra-utérine de la malaria ne s'observerait que chez les mères syphilitiques, on rechercha chez la mère la réaction de Wassermann, mais le résultat en fut négatif.

L. Cheinisse.

V. I. Kouravitzky (de Rostov-Yaroslavsky). ***Un procédé pour mettre en évidence des râles occultes*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, nos 14-15, 1er Août 1924). — Lorsque, dans les cas où l'on soupçonne la tuberculose, on n'arrive pas à percevoir de râles humides même en faisant tousser le malade, K. conseille de procéder à l'auscultation le patient étant couché sur le côté. En auscultant le côté même sur lequel il est couché, on parvient à distinguer facilement les râles crépitants et sous-crépitants dans n'importe quel endroit de la partie postérieure du poumon : sommet, base, région du hile.

Dans certains cas fébriles sans localisation nette du processus, cette localisation n'a pu être déterminée que grâce à ce procédé. Celui-ci présente, en outre, l'avantage de permettre de se rendre mieux compte de l'extension du processus.

Pour l'auscultation de la région interscapulaire, K. recommande d'imprimer au bras du malade une position entraînant l'abaissement de l'omoplate. Il est parfois utile, en outre, de faire tousser le patient.

En dehors de la tuberculose, on réussirait ainsi à

reconnaître la présence d'un foyer pneumonique à un moment où il ne se laisse pas encore déceler par d'autres procédés.

Le même procédé pourrait, peut-être, faciliter la différenciation du bruit de frottement pleural d'avec les râles crépitants, sur laquelle a récemment insisté Bilenkine (voir *La Presse Médicale*, 24 Mai 1924, analyses, p. 94). L. Cheinisse.

Prof. **A. V. Palladine** et **L. I. Palladina** (de Kharkov). ***La rate et les échanges organiques. L'influence de la splénectomie sur l'élimination de l'azote et de la créatinine*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 16-17, 15 Août 1924). — D'une série de recherches instituées par P. et P. sur des lapins, il résulte que la splénectomie provoque des troubles dans le métabolisme azoté, avec retentissement sur l'élimination de l'azote total et de la créatinine.

Après splénectomie, l'élimination de l'azote total diminue. Par contre, l'élimination de la créatinine subit une augmentation tant absolue que relative (par rapport à l'azote total).

Ces modifications dans le métabolisme azoté ne se produisent pas immédiatement après l'extirpation de la rate, mais s'installent de manière progressive.

L. Cheinisse.

I. I. Andresen (de Pétrograd). ***La coagulabilité du sang dans certaines maladies infectieuses*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 16-17, 15 Août 1924). — Les recherches que A. a entreprises à la Clinique des maladies infectieuses de l'Académie militaire de Médecine ont montré que, dans certaines de ces maladies, notamment dans le typhus exanthématique et dans la scarlatine, la courbe de la coagulabilité du sang présente 2 phases successives.

Dans le typhus exanthématique, la coagulabilité augmente pendant le 1er septénaire, pour subir ensuite une diminution, qui est d'autant plus marquée que le cas est plus grave. C'est dire la valeur de ce phénomène au point de vue du pronostic.

Au cours de la scarlatine, il se produit d'abord et jusqu'au 4e jour une diminution de la coagulabilité, suivie après d'une augmentation. Mais celle-ci a fait défaut dans les cas ayant abouti à l'issue fatale au 5e ou 6e jour de la maladie : au contraire, la diminution de la coagulabilité devenait plus accentuée encore.

Les choses se passent tout autrement dans l'érysipèle. La coagulabilité du sang y est augmentée pendant toute la durée de la maladie et ne commence à revenir à la normale qu'avec la chute de la température. L'augmentation de la coagulabilité suit une marche parallèle aux progrès de la gravité du processus. L. Cheinisse.

G. A. Babitchev (de Kharkov). ***Contribution à l'étude de l'influence de la glande thyroïde sur les échanges de la créatine*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 16-17, 15 Août 1924). — Chez les petits chiens en croissance, la créatine constitue un élément normal de l'urine. Son taux journalier par kilogramme du poids diminue à mesure que l'animal avance en âge, étant approximativement en raison inverse de l'augmentation de la taille.

Or, après thyroïdectomie, la créatine disparaît de l'urine des petits chiens en croissance.

Sous l'influence d'un régime déficient, on voit se produire une élimination exagérée de créatine chez les animaux non privés de leur glande thyroïde. Chez les petits chiens thyroïdectomisés, on voit, dans les mêmes conditions, la créatine reparaître dans l'urine. L. Cheinisse.

A. I. Koudriavtzeva (de Kharkov). ***La créatine dans les muscles au cours de la polynévrite expérimentale*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n°s 16-17, 15 Août 1924). — En collaboration avec le professeur A. V. Palladine, K. a pu établir que le scorbut expérimental des cobayes s'accompagne d'une perturbation dans le métabolisme de la créatine (voir *La Presse Médicale*, 19 Mai 1923, analyses, p. 42). Elle a pu, ensuite, constater le même phénomène dans l'avitaminose du lapin (voir *La Presse Médicale*, 16 Juillet 1924, analyses, p. 132).

Poursuivant ses recherches, K. étudie, dans le présent travail, l'influence qu'exerce une des formes les plus nettes d'avitaminose, la polynévrite des oiseaux, sur le métabolisme de la créatine dans les muscles.

Chez les pigeons nourris avec du riz décortiqué, la teneur des muscles en créatine oscille, au début, entre les limites normales, de 0,464 à 0,488 pour 100. Mais, vers la fin de l'avitaminose, c'est-à-dire vers le moment de l'apparition des signes caractéristiques de la polynévrite, on observe, tout comme dans le scorbut expérimental des cobayes et dans l'avitaminose du lapin, une augmentation notable du taux de la créatine dans les muscles.

Cet accroissement de la créatine musculaire n'est pas lié aux convulsions, puisqu'on le constate souvent dès l'apparition des premières manifestations de la maladie et avant même la production de convulsions. L. Cheinisse.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (*Chicago*)

Ch. H. Peck. ***Kyste tuberculeux de la rate. Splénectomie; guérison*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XXXIX, n° 2, Août 1924). — Chez un nègre de 26 ans, syphilitique avéré (W +), venu consulter pour de vagues phénomènes d'impuissance génitale, P. découvre l'existence d'une volumineuse tumeur remplissant la moitié gauche du ventre et que l'examen clinique, aidé de la radiographie, montre comme étant indiscutablement une splénomégalie. La masse a évolué insidieusement, ne produisant qu'une certaine gêne par son poids et sans que l'état général en soit notablement altéré. Le poids reste normal, l'anémie est légère (G. R. 4 millions, H. 65 p. 100), la formule sanguine n'est pas modifiée. On ne note rien au niveau des poumons. Il existe toutefois au niveau du cou, des aisselles et des aines d'abondants petits ganglions durs et mobiles. L'un d'eux, prélevé, est reconnu tuberculeux.

P. pratique une splénectomie par laparotomie pararectale gauche. L'exérèse est pénible; le pôle supérieur de la rate adhère au diaphragme et à l'angle colique. Au cours de la libération, un kyste à contenu blanc jaunâtre se rompt. L'hémostase est difficile; enfin on réussit à sortir la rate, qui pèse le poids formidable de 3.270 gr. Heureusement le pédicule est long, mince, facile à lier. Durée 1 h. 45, choc assez marqué que l'on combat par une transfusion immédiate. Le malade guérit sans incident et sort le 25e jour (3 Janvier 1923).

Cette observation est surtout intéressante par le volume de la rate, car les autres cas publiés de splénomégalies de plus de 3 kilogr. étaient tous des trouvailles d'autopsie. La pièce sectionnée montre que les deux tiers de l'organe ne forment plus qu'un gros kyste multiloculaire, dont une des poches s'est rompue au cours de l'extirpation. Histologiquement, on ne trouve pas une structure typique de tuberculose, mais un cobaye inoculé et sacrifié au 30e jour présentait des lésions de granulie généralisée des plus nettes.

Il est presque toujours impossible d'affirmer la primitivité de la lésion et c'est ce qui rend si réservé le pronostic de la tuberculose splénique. Chez ce malade, en dehors d'une légère adénopathie, il n'existait pas de lésions cliniquement appréciables. Cependant R. conclut très prudemment en s'arrêtant au diagnostic de tuberculose *vraisemblablement* primitive.

Au point de vue technique, P. eût probablement pu mener plus facilement à bien la splénectomie en employant une incision plus large, à direction générale transversale et mordant sur le thorax. Toutefois, étant donné les difficultés rencontrées, le volume de l'organe et le temps écoulé depuis l'intervention, il faut enregistrer cette observation comme un très beau succès à l'actif de la splénectomie pour tuberculose de la rate. M. Deniker.

A. J. Brown. — ***Tumeurs vasculaires de l'intestin*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XXXIX, n° 2, Août 1924). — Les tumeurs bénignes de l'intestin sont des raretés et, parmi celles-ci, les tumeurs vasculaires sont tout à fait exceptionnelles. Le diagnostic n'en est pour ainsi dire jamais fait, sauf dans quelques rares localisations rectales où la tumeur est directement explorable.

B. a eu l'occasion de rencontrer une de ces tumeurs chez une enfant de 12 ans qui, après une assez longue période de troubles intestinaux légers, fit un jour brusquement de graves accidents d'iléus et fut opérée d'urgence. B. tomba sur une tumeur assez volumineuse présentant l'aspect classique du « paquet de vers décrit dans le varicocèle » et dont l'ablation nécessita la résection de 20 cm. de jéjunum, suivie d'anastomose bout à bout. Au cours de l'intervention, on constate un important épanchement séro-sanguin dans le petit bassin. Après l'intervention, les vomissements, qui étaient très fréquents, continuent. L'enfant fait de la dilatation aiguë de l'estomac et meurt en 48 heures. Autopsie refusée par la famille.

La tumeur enlevée encerclait complètement l'intestin, d'une face mésentérique à l'autre. La lumière, très rétrécie à ce niveau, admettait à peine la pulpe du doigt, ce qui explique les accidents d'occlusion (grêle très dilaté en amont). Histologiquement il s'agissait d'un angiome caverneux typique.

On peut d'ailleurs observer toutes les variétés de tumeurs vasculaires, depuis les petits nodules multiples intéressant les artérioles sous-muqueuses jusqu'à la tumeur diffuse, en passant par les tumeurs limitées sous-muqueuses plus ou moins pédiculées. C'est la variété la plus favorable, car on peut en faire quelquefois l'exérèse par entérotomie simple. Elles peuvent même, comme dans le cas de Paci, s'éliminer d'elles-mêmes et le malade guérir.

Mais dans l'ensemble, il s'agit de lésions d'une très haute gravité et il est heureux qu'elles soient si rarement observées. Sur 20 cas en effet qu'a pu rassembler B. dans la littérature médicale (y compris le sien), on note le chiffre considérable de 14 morts dues presque toutes à l'hémorragie profuse ou à l'obstruction. M. Deniker.

J. Smith et **R. D. Mac Clure.** ***Deux cas d'angine de poitrine traités par la résection du sympathique cervical*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XXXIX, n° 2, Août 1924). — S. et M. ont tenté, chez 2 malades présentant des crises répétées et très pénibles d'angine de poitrine, l'opération préconisée et réglée par Jonnesco. Les résultats n'ont été que partiels en ce sens que les crises ont cessé pendant quelques jours pour reprendre ensuite tout aussi nombreuses, mais cependant moins violentes et facilement enrayées par les moyens médicaux inefficaces avant l'intervention. S. et M. reconnaissent d'ailleurs qu'ils n'ont rempli qu'imparfaitement les indications opératoires. Chez le premier malade, aortique syphilitique, le sympathique a été réséqué des deux côtés à 2 mois d'intervalle Mais le ganglion inférieur n'a pas été enlevé, contrairement à ce que recommande formellement Jonnesco. Quant au second malade, il s'agissait d'un myocardique mal compensé qui, après une courte amélioration, mourut en pleine asystolie. S. et M. ont, chez cet homme, réséqué d'abord le sympathique gauche, bien que le maximum des irradiations fût du côté droit. Ils reconnaissent qu'il eût été préférable de commencer par le nerf droit qu'ils n'ont d'ailleurs pas eu le temps d'enlever, vu l'état général rapidement aggravé. De l'exposé critique de leurs interventions, ils tirent les conclusions suivantes : 1° opérer surtout les malades en proie à des crises nombreuses, sévères, entravant l'existence normale et peu ou pas calmées par les moyens médicaux habituels ; 2° réséquer d'abord le côté vers lequel les irradiations sont le plus fortes ; 3° n'opérer que des malades dont la lésion est bien compensée et considérer l'insuffisance du myocarde comme une contre-indication formelle.

M. Deniker.

D. Mackenzie. ***L'hématurie, sa valeur clinique*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XXXIX, n° 2, Août 1924). — Ayant dépouillé les observations de 821 malades entrés à l'hôpital avec un syndrome d'hématurie macroscopique nette, M. a établi un tableau montrant la fréquence de chacune des lésions causales de cet écoulement de sang. De l'examen de cette liste il résulte qu'il s'agit 192 fois de calculs, 113 fois de tumeurs, 88 fois de tuberculose rénale, 143 fois d'infections chirurgicales urétérales ou néphrétiques. Si on laisse de côté les causes urétrales et prostatiques, on trouve que sur 761 cas, 536, soit 70 pour 100, concernent la lithiase, la tuberculose et le cancer du rein. Ces 3 lésions pouvant être diagnostiquées par l'examen complet des voies urinaires avec toutes les ressources de l'urologie moderne, il ne reste que 30 pour 100 des cas pour lesquels le diagnostic peut demeurer incertain, encore qu'il s'agisse presque toujours de maladies générales ou d'infections d'ordre médical. Il y a donc toujours avantage, et c'est là la conclusion de M., à pratiquer systématiquement l'examen urologique complet (the regular *routine* urological examination).

M. Deniker.


BAIN SULFUREUX INODORE
Affections cutanées
Hygiénique - Tonique
SULFURINE
LANGLEBERT
ADRIAN & Cie
9, Rue de la Perle
PARIS
dans toutes les Baignoires

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL

(Paris)

H. P. Chatellier. ***Considérations sur le diagnostic et le traitement de l'otite tuberculeuse*** (*Bulletin médical*, tome XXXVIII, n° 22, 31 Mai 1924). — La nature tuberculeuse d'une otite est difficile à affirmer. Il existe, surtout chez l'enfant, des otites tuberculeuses primitives. 60 pour 100 seulement des otorrhées des phtisiques sont tuberculeuses.

La localisation du bacille de Koch sur l'oreille moyenne peut se manifester sous des aspects polymorphes. Certaines particularités cliniques doivent cependant attirer l'attention (absence de phase aiguë, évolution à bas bruit, sans otalgie antérieure, bilatéralité habituelle de l'otorrhée, intensité et rapidité de la surdité qui affecte souvent le type labyrinthique). A l'examen on observe une suppuration profuse issue d'un tympan en écumoir, tant les perforations, véritables fistules, sont nombreuses, ou une fonte tympanique totale avec fongosités ayant l'aspect de polypes, enfin la lésion caractéristique de la carie blanche du rocher avec os dénudé, blanc, mat et grenu.

Des complications peuvent être liées à l'extension de l'ostéite tuberculeuse. C'est en premier lieu le labyrinthe qui peut être intéressé sous forme d'irritation labyrinthique (céphalée, vertiges, nystagmus, surdité intense et bourdonnements) ou de paralysie du labyrinthe (peu de vertige, peu de nystagmus spontané, presque jamais de signes de la fistule) qui se réduit à une lésion du limaçon avec abaissement de la limite supérieure du champ auditif. D'autres complications peuvent se produire (paralysie faciale, otorrhagie, pachyméningite interne latente, mastoïdite à caractère insidieux).

La recherche du bacille de Koch dans le pus, l'examen d'un bourgeon sont des moyens incertains de diagnostic, ainsi que la réaction à la tuberculine. L'inoculation au cobaye est le moyen le plus fidèle.

Le traitement est prophylactique (opérations précoces des adénoïdiens dans les familles tuberculeuses, conseils pour le mouchage et la toux aux tuberculeux). Il est ensuite curatif. Antisepsie, cautérisation, polypectomie; dans le cas de mastoïdite, il ne faut opérer que si l'état général le permet. De même qu'il convient de respecter la pyolabyrinthite. Enfin, le traitement général sera prescrit avec rigueur. LEROUX-ROBERT.

F. Bonnet-Roy. ***Accidents dentaires et syphilis des mâchoires*** (*Bulletin médical*, tome XXXVIII, n° 22, 31 Mai 1924). — La syphilis se traduit au niveau des mâchoires sous forme d'exostoses ou de gommes circonscrites. Il y faut joindre au maxillaire inférieur les syphilomes diffus. Une certaine antinomie existe entre les caractères essentiels de chacune de ces formes. La gomme classique de la voûte palatine ou de la branche montante du maxillaire supérieur, qui n'ont pas de rapport avec l'appareil dentaire, ne suppure pas. Le syphilome diffus du maxillaire inférieur est une manifestation grave, étendue, suppurée. Les lésions dentaires constituent un lieu de moindre résistance et d'appel pour la localisation maxillaire de l'accident syphilitique tertiaire.

L'allure clinique de la syphilis des mâchoires est aggravée par la coexistence de lésions dentaires. C'est le cas pour le syphilome diffus. Ses caractères essentiels sont l'insidiosité du début, la constitution torpide d'une tuméfaction inflammatoire d'aspect modérément phlegmoneux, transformée ensuite en une vaste formation suppurée, se faisant jour par les fistules multiples dont les trajets convergent vers un os dénudé. La terminaison habituelle est l'élimination spontanée ou chirurgicale d'un séquestre volumineux.

Dans une seconde catégorie de faits, l'accident dentaire attire seul l'attention. Il s'agit de malades porteurs de caries avancées avec abcès apicaux, réactions du périoste ou de l'os et chez lesquels l'avulsion de la dent n'empêche pas l'élimination de séquestre, la formation de fistule ou même la formation d'un gros ostéo-phlegmon. *Ici la lésion dentaire est aggravée parce qu'elle a évolué chez un syphilitique.*

Les règles du traitement général s'inspirent de ces constatations. Le stomatologiste doit soupçonner la syphilis chaque fois que l'atteinte du squelette semble modifier le tableau clinique habituel. L'association du traitement local et du traitement général est indispensable. Deux observations établissent la réalité de ces différentes propositions. LEROUX-ROBERT.

R. Giroux et J. Yacoël. ***L'hypertension de la ménopause*** (*Le Bulletin médical*, tome XXXVIII, n° 26, 21 Juin 1924). — L'hypertension de la ménopause s'observe chez les femmes à utérus fibromateux ou non fibromateux. Elle apparaît avant, pendant et plus souvent après la ménopause, physiologique, chirurgicale ou radiothérapique.

A son premier stade, elle se caractérise par des bouffées de chaleur, une légère céphalée fronto-occipitale, des palpitations. Ces symptômes se confondent aisément avec ceux qui accompagnent la ménopause. Si, par hasard, on examine ces femmes, on leur trouve les signes cliniques et sphygmomanométriques de l'hypertension. Il existe un peu d'albuminurie, mais ni hématurie, ni cylindrurie. L'hypertension peut atteindre des chiffres élevés.

A un second stade, on observe des signes d'insuffisance cardio-rénale, bruit de galop, dyspnée, etc.

Le premier stade est la période décisive de la maladie; si, par ignorance, la malade est abandonnée à elle-même ou si elle est soumise à un traitement inopportun, les complications redoutables du deuxième temps ne tardent pas à faire leur apparition. Si elle est soumise à un traitement et à une diététique appropriée, c'est la quasi-guérison.

Il y a là un fait particulier à l'hypertension de la ménopause qui contraste avec les résultats ingrats du traitement de l'hypertension commune : l'hypertension de la ménopause guérit même dans des cas où la tension est très élevée.

Les malades dont Giroux et Yacoël rapportent les observations furent soignées par le régime hypoazoté et hypochloruré, l'iodure, les nitrites et la cure de Royat d'une part, l'opothérapie ovarienne d'autre part : le premier groupe de moyens thérapeutiques était sans effet notable, lorsqu'il n'était pas associé à l'opothérapie, véritable médicament spécifique. HENRI VIGNES.

G. Houlbert. — ***Le rôle fixateur des vitamines au cours du métabolisme des éléments minéraux et de la chaux en particulier*** (*Le Bulletin médical*, tome XXXVIII, n° 26, 21 Juin 1924. — H., dont on connaît les études antérieures sur les vitamines, aborde ici une des modalités encore peu explorée de leur action, et cependant extrêmement importante. Il s'agit du rôle que jouent les vitamines dans la fixation des éléments minéraux, et notamment de la chaux, par l'organisme. Les manifestations rachitiques qui accompagnent les avitaminoses cliniques ou expérimentales montrent bien que, privé de vitamines, l'organisme est impuissant à fixer le calcaire, mais un point qui n'avait pas encore été étudié très objectivement était celui de savoir si, au cours des déminéralisations pathologiques, mais non avitaminosiques, un apport thérapeutique double de calcium et de vitamines pouvait enrayer le processus déminéralisateur et permettre à l'organisme appauvri de fixer le calcaire médicamenteux.

Pour élucider ce problème, H. a administré à divers sujets (enfants et adultes), déminéralisés par prétuberculose ou tuberculose pulmonaire au début, un traitement ayant pour base : 1° des sels de chaux minéraux; 2° des vitamines extractives (*biotose*). Ce traitement, pour permettre des constatations comparatives, a été divisé en deux phases : dans la première le traitement recalcificateur était appliqué seul; dans la seconde, le traitement vitaminique lui était adjoint. Des analyses d'urines et des explorations radiologiques faites au cours et à la fin de la première phase, comme au cours et à la fin de la seconde, ont permis d'obtenir des résultats objectifs.

Ces résultats, pour s'en tenir aux seules données des analyses d'urine, ont été les suivants : avant le traitement, la moyenne de la calciurie chez les sujets d'expérience était de 171 milligr.; au cours du traitement calcique seul, elle a passé à 272 milligr.; après 45 jours de traitement calcique seul, elle est montée à 532 milligr., alors qu'elle n'a été que de 333 milligr. après le même laps de temps chez les sujets ayant été soumis au double traitement calcique et hypervitamine. L'écart entre ces deux chiffres montre d'une façon indubitable l'augmentation du pouvoir fixateur de l'organisme hypervitaminé, puisque celui-ci (rappelons qu'il s'agit d'une moyenne) retient 199 milligr. de CaO que le témoin a été inapte à fixer.

Ce travail permet donc de tirer la conclusion que la déminéralisation pathologique peut être efficacement combattue par les préparations recalcifiantes à la condition qu'il leur soit adjoint des vitamines à dose active (biotose), et, à titre d'élément favorisant, l'adrénaline, suivant la technique indiquée par Sergent.

A l'heure où l'on est bien obligé de constater que la meilleure méthode de lutte contre la tuberculose est encore celle qui a pour but de modifier le terrain, et notamment de le recalcifier, les données que nous venons de résumer permettent d'entrevoir une thérapeutique recalcificatrice beaucoup plus efficace que celle jusqu'ici mise en œuvre qui se bornait à la simple administration de sels de chaux. Car on peut considérer comme bien acquis que l'ingestion de ceux-ci seuls, même en grosse quantité, est inefficace. On sait que leur administration très abondante dans les pays envahis et en Allemagne pour lutter contre les ostéoporoses de guerre s'est montrée radicalement sans effet, alors que ces ostéopathies ont guéri d'elles-mêmes avec la suppression des régimes carencés

L. Ambard et N. Wolf. ***Agents de la sécrétion rénale de l'acide urique*** (*Le Bulletin médical*, tome XXXVIII, n° 31, 23 Juillet 1924). — La sécrétion rénale de l'acide urique ne paraît obéir à aucune des lois connues. Il semble que le rein sécrète de l'acide urique grâce au concours d'une substance inconnue fabriquée par l'organisme et qui serait analogue à l'atophan.

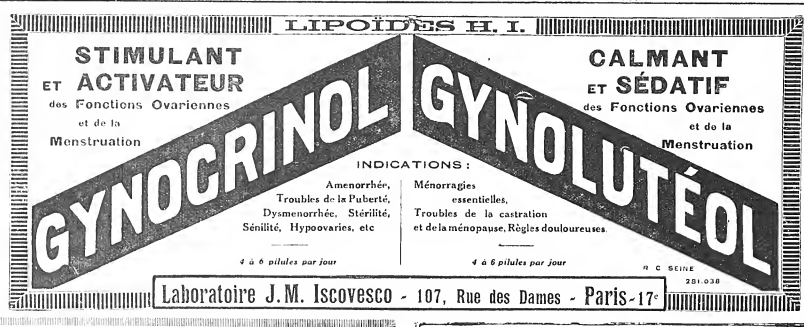
En effet, l'acide urique n'est pas éliminé par le rein par un phénomène de diffusion, car il n'y a pas identité permanente des concentrations de cette substance dans le sang et dans l'urine.

Il faut également écarter l'hypothèse d'une substance sans seuil, car son débit urinaire n'est pas fortement influencé par la polyurie. A. et W. ont repris les expériences faites à ce sujet. Ils se sont placés dans de meilleures conditions d'expérience s'attachant notamment à provoquer des polyuries brusques pour faire des examens rapides et à ne pas léser le rein. Ils ont trouvé que la polyurie n'influence pas la diurèse urique comme elle le fait pour une substance sans seuil. D'autre part, rien ne permet d'affirmer ou d'infirmer que l'acide urique soit une substance avec seuil.

Mais A. et W. ont observé que, chez un homme au jeûne, le taux de l'acide urique dans le sang reste constant, tandis que son débit urinaire décroît considérablement. Mais si le sujet éprouve la sensation de faim, ou ingère de la limonade chlorhydrique, le débit urinaire augmente.

Il semble donc que sous l'influence de l'acide ou de la faim, l'organisme fabrique une substance qui augmente l'élimination de l'acide urique, mais sans que ce phénomène soit conditionné par une augmentation du taux urique du sang. Cette substance hypothétique agirait en somme exactement comme l'otophan.

A Lemierre. ***Conception actuelle de l'urémie cérébrale*** (*Le Bulletin médical*, tome XXXVIII, n° 31, 23 Juillet 1924). — L'auteur donne un résumé des formes cliniques les plus importantes de l'urémie cérébrale, isolées par les observations modernes. Il distingue : la forme éclamptique, la forme comateuse, des formes oculaire, psychique, paralytique.


LIPOÏDES H. I.
STIMULANT
ET ACTIVATEUR
des Fonctions Ovariennes
et de la
Menstruation
GYNOCRINOL
CALMANT
ET SÉDATIF
des Fonctions Ovariennes
et de la
Menstruation
GYNOLUTÉOL
INDICATIONS :
Amenorrhée, Troubles de la Puberté, Dysmenorrhée, Stérilité, Sénilité, Hypoovaries, etc
4 à 6 pilules par jour
Ménorragies essentielles, Troubles de la castration et de la ménopause, Règles douloureuses.
4 à 6 pilules par jour
R C SEINE 281.038
Laboratoire J.M. Iscovesco - 107, Rue des Dames - Paris-17e

Ces troubles nerveux très variables qu'on observe au cours des néphrites sont conditionnés par différents facteurs dont les principaux sont : la rétention chlorurée, la rétention azotée, l'hypertension artérielle qui peuvent agir seuls ou simultanément, et l'aspect clinique varie selon le facteur en cause.

La forme *éclamptique* d'urémie cérébrale s'observe au cours des poussées de rétention chlorurée. Elle est alors soudaine dans son apparition. Les convulsions épileptiformes ne sont précédées que d'un peu d'obnubilation intellectuelle, d obscurcissement de la vue, de vomissements durant quelques heures et suivis d'une céphalée intense qui annonce l'imminence des convulsions. Malgré leur allure dramatique, ces crises épileptiformes au cours de la chlorurémie aboutissent à la guérison qui se complète par la diminution des œdèmes qui les accompagnent.

L'hypertension artérielle sans azotémie associée peut être aussi une cause d'éclampsie. Mais, dans ce cas, les accès convulsifs comportent un pronostic très grave. D'autre part, ils sont toujours précédés depuis longtemps par toute la série des petits signes du brightisme et peuvent se terminer par un coma mortel : ils indiquent en tous cas que la maladie est entrée dans une phase menaçante.

La forme éclamptique est exceptionnelle chez les azotémiques purs

On peut observer chez les brightiques deux formes de coma : un coma profond s'installant brusquement chez les chlorurémiques ou les hypertendus, se dissipant chez les premiers, presque toujours mortel chez les hypertendus ; chez l'azotémique, c'est un coma qui s'installe progressivement, véritable narcose qui engourdit peu à peu le malade. Parfois cet état de somnolence est entrecoupé de crises d'agitation avec sensation d'angoisse. Enfin des vomissements, de la diarrhée, des modifications de rythme respiratoire se surajoutent habituellement aux troubles cérébraux.

Les *troubles oculaires* s'observent seuls ou associés chez les chlorurémiques purs et chez les hypertendus. Tantôt c'est une cécité subite et absolue avec persistance du réflexe lumineux et fond de l'œil intact, cécité disparaissant en 2 ou 3 jours. Tantôt ce sont les accidents plus graves de la rétinite albuminurique des azotémiques ou des troubles plus brusques de la vision dus à de petites hémorragies rétiniennes chez les hypertendus.

Les *troubles psychiques* constituent un chapitre important de l'urémie cérébrale C'est la folie brightique de Dieulafoy et on voit en général, chez de tels malades, coexister l'hypertension artérielle, la chlorurémie, l'azotémie sans préjudice de l'athérome artériel et de l'état lacunaire du cerveau. Cependant l'hypertension peut seule exister, déterminant surtout une nervosité et une irritabilité spéciales. Chez les azotémiques, on observe plutôt de l'apathie intellectuelle avec troubles de la mémoire, idées mélancoliques, anxiété.

L'apparition de *paralysies transitoires* chez certains lacunaires semble être favorisée par des poussées d'insuffisance rénale.

Il faut encore signaler que l'azotémie pure est susceptible d'engendrer des *syndromes méningés, myasthéniques, myocloniques, tétaniques.*

Enfin on sait depuis longtemps que la *mort subite* n'est pas rare chez les brightiques.

On voit donc qu'en poussant l'analyse des phénomènes cliniques de l'urémie cérébrale, il est possible d'établir des démarcations très nettes entre toute une série d'accidents souvent très analogues, mais relevant de mécanismes pathogéniques distincts et comportant des pronostics très différents.

RIVISTA OTO-NEURO-OFTALMOLOGICA

(Rome)

O. Balduzzi. ***Tumeurs de l'hypophyse sans le syndrome dit hypophysaire*** (*Rivista oto-neuro-oftalmologica*, tome 1, fasc. 2, Décembre 1923). — Le problème soulevé à propos des fonctions de l'hypophyse et de la conséquence clinique de ses lésions n'a pas encore reçu une solution définitive Aussi ce cas a-t-il un intérêt par l'absence de signes cliniques dits hypophysaires au cours de l'évolution d une tumeur nettement limitée à l'hypophyse. Chez une femme de 46 ans, se développèrent rapidement, en 8 mois, les symptômes suivants : d'abord céphalée, vomissements, vertiges, amblyopie, puis amaurose de l'œil gauche, diplopie, ptosis gauche et obnubilation psychique. L'examen objectif montrait, à gauche, de l'énophtalmie, une amblyopie grave avec parésie des IIIe, IVe, V^e^ paires et du facial inférieur ; à droite, une parésie limitée au droit interne avec amblyopie. Stase papillaire bilatérale. Abolition des réflexes achilléens et abdominaux, hypersomnie; lenteur de l'idéation Liquide hypertendu, xanthochromique. L'hypertension intracranienne était évidente ; l'absence de température faisait repousser l'idée d'une méningite tuberculeuse ou d'un abcès ; la symptomatologie, presque entièrement bornée à une amblyopie grave avec ophtalmoplégie bilatérale, firent porter le diagnostic de tumeur comprimant le chiasma et les nerfs oculo moteurs L'hypersomnie alla augmentant et la mort survint en hyperthermie, sans que le volume des urines et leur analyse ne montrent rien d'anormal.

L examen anatomo-pathologique montra l'existence d'une tumeur envahissant complètement la selle turcique et respectant le plancher du 3e ventricule. Une hémorragie qui avait dilacéré en un point ce dernier et envahi le ventricule était la cause de la mort. La masse comprimait le chiasma et les nerfs de l œil. Histologiquement il s'agissait d'un adénome prenant naissance dans la partie glandulaire de l hypophyse et la détruisant complètement.

Les lésions expliquaient toute la symptomatologie présentée par la malade. Par contre, malgré la destruction de la glande, l'absence des symptômes accompagnant d'ordinaire les tumeurs de l'hypophyse n'avait pas permis d'en faire le diagnostic, la radiographie de la selle turcique n'ayant pu être pratiquée. B. rappelle à ce propos les 2 théories (et les faits sur lesquels elles s'appuient) concernant les syndromes hypophysaires (Camus et Roussy, Cushing, Aschner, Ascoli et Legnani). Il souligne dans le cas particulier où la lésion cérébrale était immédiatement antérieure à la mort et où seule la tumeur glandulaire doit être retenue, l'importance de l'absence de polyurie, de glycosurie, d adipose, de modification du squelette ; par contre l hypersomnie est à remarquer : de même l'altération du champ visuel revêtait un type différent de l'aspect classique Enfin il termine en montrant que la localisation était impossible en l'absence de radiographie de la selle turcique.

Alajouanine.

FOLIA NEURO-PATHOLOGIA ESTONIANA

(Dorpat)

L. Poussep. ***De l'action de la thymectomie sur l'organisme en général et les glandes à sécrétion interne, en particulier l'épiphyse et l'hypophyse*** (*Folia Neuro-Pathologia Estoniana*, tome II, fascicule 1, 1924. — Le travail très substantiel de P. comprend deux parties, une première qui n'est qu'une revue générale des travaux faits avant lui sur ce sujet, une seconde où il rapporte ses recherches personnelles.

I. — Dans la première partie, P., se basant sur les travaux anciens de Hassal, Remak, Kölliker, Van Ecke, Restelli, le traité de physiologie de Friedleben, les recherches expérimentales de Basch, de Klose et Vogt, de Matti, de Hammar, et de bien d'autres, passe successivement en revue l'anatomie et la physiologie du thymus, son involution physiologique et artificielle à la suite de la radiothérapie, la chimie du thymus. Un chapitre de pathologie expérimentale important est consacré aux rapports du thymus avec les autres glandes de l'organisme, les glandes génitales, la rate, les capsules surrénales, l'hypophyse, le foie. Après un court exposé sur les sérums thymotoxiques, P insiste sur cet état assez vague et encore mal défini auquel il donne le nom d « état thymolymphatique » et dont on ne sait s'il est dû à une hyper, à une hypo, ou à une dysfonction du thymus. Pour terminer P. rappelle le rôle que certains auteurs ont fait jouer au thymus dans la genèse de la maladie de Basedow, et en particulier l'opinion de Klose qui en distinguait 3 formes : une maladie de Basedow thyréogène, une seconde thymogène et thyréogène à la fois, une troisième sans troubles fonctionnels du thymus.

II. — Dans la seconde partie, P. expose ses recherches personnelles, qui ont eu pour objet la destruction complète ou incomplète du thymus, et l'observation minutieuse des troubles qui en sont résultés. P. a opéré 27 animaux, 14 chats, 11 chiens, une chèvre et un cochon de lait ; il donne un protocole très complet de ses interventions avec tableaux et figures à l'appui Les conclusions générales qui en découlent sont les suivantes : l'animal qui convient le mieux pour la thymectomie est le chien, ensuite viennent le cochon de lait et le chat. La technique opératoire de Basch avec section médiane du sternum est la seule pratique chez les mammifères ; les animaux jeunes, au 10e jour environ, la supportent mieux que les animaux plus âgés. La thymectomie entraîne des troubles déficitaires dus exclusivement à la suppression de la glande, d'autant plus prononcés que les animaux opérés sont plus jeunes, et qui sont : une diminution de poids des troubles de la croissance avec déformation des os à aspect rachitique, du retard de la dentition, de la faiblesse musculaire, une exagération des réflexes tendineux et cutanés. Les organes présentant des altérations sont : le cerveau, l'épiphyse, les capsules surrénales et le foie. L'épiphyse est réduite de volume, ratatinée, avec des lésions microscopiques accentuées ; le cerveau est augmenté de volume avec modifications dans l écorce : les capsules surrénales dont l augmentation du volume porte surtout sur la médullaire. le foie plus gros aussi avec dilatation des voies biliaires La prompte réaction de l'épiphyse après la thymectomie est pour P une preuve évidente de sa nature glandulaire L'hypophyse, au contraire, ne montre pas de modifications notables, pas plus que les autres organes. La thymectomie partielle chez le cochon de lait détermine dans les 4 à 6 premiers mois une croissance exagérée avec abondance particulière du tissu graisseux Ce mémoire se termine par une bibliographie très complète et est illustré de figures macro et microscopiques suggestives.

H. Schaeffer.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA

(Naples)

C. Marino-Zuco. ***Articulations et lésions articulaires étudiées par l'insufflation d'air intra-articulaire*** (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, tome V, n° 7, Juillet 1924). — M., convaincu de l'innocuité de la méthode et de sa facilité, a fait des recherches sur la technique, les indications et les renseignements fournis par l'insufflation intra-articulaire.

Le gaz employé est l'oxygène introduit au moyen d'un trocart très fin ou d'une aiguille à injections hypodermiques dans les articulations du coude et du poignet. La quantité d'air varie d'individu à individu ; ou la mesure avec un manomètre à mercure : entre le manomètre et l'aiguille s'interpose un filtre de coton stérilisé.

Pour l'articulation du genou, M. recommande l'introduction du trocart sur le bord externe de la pointe de la rotule, car le ligament adipeux s'oppose à la sortie du gaz ; il ne faut pas dépasser 6 mm. de Hg ; l'injection n'est pas douloureuse même s'il y a arthrite subaiguë ou chronique. La cavité articulaire se remplit tout entière si le membre est légèrement fléchi et par illumination postéro-antérieure on met en évidence les insertions des ménisques aux épines tibiales ; si le membre est étendu et en illumination antéro-postérieure, les insertions ménisco-capsulaires. Enfin, l'illumination latérale donne jour sur les recessus synoviaux postérieurs et sur la bourse sous-quadricipitale.

Pour l'articulation de la hanche, l'insufflation est facile, mais on peut se demander si elle est utile puisqu'on ne peut voir que le col fémoral et la portion extra-cotyloïdienne de la tête. La voie d'introduction la meilleure est l'antérieure parallèle au col du fémur et piquant la capsule au milieu de sa paroi antérieure ; la tension ne devra pas dépasser 12 cm. d'Hg.

Pour l'articulation de l'épaule il faut pénétrer dans la cavité glénoïde ; on a alors une excellente vision de tous les éléments de l'articulation ; la tension sera de 6 cm. d'Hg.

L'articulation du coude sera abordée par la voie postérieure ; on aura une basse tension et en petite quantité L articulation du poignet est insufflée soit par le côté externe ou interne au-dessus des apophyses styloïdes ; s'il n'y a pas d'épanchement préalable, il faut employer une basse pression (3 cm.).

Olivieri.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

(Paris)

H. Hartmann, M. Renaud et G. d'Allaines. ***La tuberculose pseudo-néoplasique du sein*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome X, n° 2, Août 1924). — La tuberculose du sein est connue depuis longtemps. En 1829, Astley Cooper décrit les tumeurs scrofuleuses de la mamelle. En 1854, Velpeau consacre un chapitre aux abcès tuberculeux du sein.

Les divers auteurs, qu'il s'agisse d'une forme disséminée ou d'une forme confluente, décrivent des noyaux ressemblant à de la châtaigne cuite, à des amas caséeux ou même à de véritables abcès froids. A côté de ces formes aujourd'hui bien connues, il en est une autre, dans laquelle rien ne fait penser à la tuberculose lorsqu'on se contente de l'examen à l'œil nu, que seul révèle l'étude microscopique de la pièce.

Ce sont les tuberculoses pseudo-néoplasiques, dont Hartmann a pu recueillir trois observations qu'il donne en détail avec la reproduction de ses préparations microscopiques.

Les auteurs rapportent ensuite neuf autres observations dues à Sidney R. Scott (2 cas), Anspach, Durante et Mac Carthy (2 cas), Leavitt, Abraham, Stromberg et Kassagledoff, Gargano.

Dans ces douze observations, le diagnostic clinique était cancer, diagnostic qu'a semblé confirmer l'examen à l'œil nu d'une coupe de la tumeur. Seul l'examen au microscope a permis le diagnostic. C'est peut-être la nécessité de cet examen qui fait que le nombre des observations de tuberculose pseudo-néoplasique du sein publiées est aussi minime. Seul l'examen histologique systématique de tous les seins enlevés permettra de découvrir de nouveaux cas et de préciser la fréquence relative de cette forme de tuberculose mammaire.

Anatomie pathologique. — A l'œil nu, l'aspect rappelle celui du cancer : tissu fibro-lardacé, d'un blanc mat, quelquefois un peu grenu, avec, par endroits, de petits points jaunâtres ; dans un cas, il existait une petite zone bigarrée de rose, dans un autre des points plus foncés semblant nécrotiques. La tumeur crie à la coupe et il est quelquefois possible en raclant celle-ci de voir sur la lame du bistouri un suc analogue au suc cancéreux.

Cette tumeur est le plus souvent du volume d'une noix. Elle se continue avec le reste du tissu glandulaire, tantôt insensiblement, tantôt par des traînées dures, de même aspect que la masse principale. Mais dans deux cas, le volume était considérable et on a pu croire à un cancer massif.

Il existe fréquemment des ganglions axillaires.

Seul l'examen histologique permet d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions. Encore est-il nécessaire de multiplier les coupes pour trouver des images nettes de tuberculose.

En général, on s'est trouvé en présence d'une infiltration inflammatoire chronique diffuse avec, par endroits, des nodules tuberculeux. Il y a, dans l'ensemble de la préparation, disparition de l'élément glandulaire atteint au centre par la caséification, à la périphérie par la sclérose.

Plus rarement les lésions occupent le tissu conjonctif (une observation des auteurs, où l'élément glandulaire était peu touché et même, par places, proliférait, donnant des figures d'adénomes).

Dans les quelques observations publiées, la recherche des bacilles sur les coupes a rarement donné un résultat positif. La recherche par la méthode des inoculations n'a été que rarement pratiquée, les tumeurs ayant été enlevées comme cancer et plongées dans un fixateur. Durante et Mac Carthy ont cependant deux fois pratiqué des inoculations avec un résultat positif.

A côté de cette forme purement scléro-inflammatoire, il existe d'autres cas où, en même temps que la masse d'apparence fibreuse, solide, on voit de petites cavités abcédées. Le mémoire de Scott en contient plusieurs exemples.

Etude clinique. — La forme fibreuse pseudo-néoplasique de la tuberculose mammaire apparaît, en général, à un âge plus avancé que les formes classiques : au lieu de l'âge moyen des tuberculoses mammaire qui varie entre 20 et 35 ans, la forme fibreuse est apparue 3 fois seulement avant 35 ans, 2 fois à 38 et 39 ans, 3 fois entre 41 et 50 ans, 4 fois entre 51 et 60 ans.

Cet âge, auquel se développe la forme fibreuse de la tuberculose, se rapproche donc beaucoup de l'âge du cancer.

La fréquence relative de cette forme, par rapport aux autres formes de tuberculose mammaire, serait assez grande, si l'on se bornait à la statistique des auteurs qui, sur 8 cas, l'ont rencontrée 3 fois, soit 37 pour 100. Seul l'examen histologique systématique de tous les seins enlevés permettra d'en établir la fréquence; dès à présent, H., R. et d'A. sont convaincus qu'un certain nombre de cas passent inaperçus et sont étiquetés cancers.

La maladie se développe en général chez des sujets sains. Aucune des trois malades vues par les auteurs ne présentait d'accidents pulmonaires. Une seule avait eu un frère tuberculeux, mais elle avait en même temps un père mort de cancer de l'estomac et une sœur morte de cancer du sein. Les affections antérieures du sein ne semblent pas, non plus, jouer un rôle.

Le début est insidieux. Il n'y a pas ou peu de douleur. Seule la malade de Stromberg et Kassagledoff s'était plainte de douleurs vives.

La tumeur est petite, mal limitée, se continuant avec le reste de la glande insensiblement ou par des tractus. Exceptionnellement, il y a plusieurs noyaux, un point un peu plus mou, ce qui pourrait mettre sur la voie.

La tumeur présente le plus souvent des adhérences à la peau, qui peut prendre l'aspect d'une peau d'orange, en sorte qu'elle s'accompagne quelquefois de rétraction du mamelon. L'adénopathie axillaire est habituelle, mais ne présente pas de caractères particuliers.

L'évolution est le plus souvent lente et rappelle par conséquent, elle aussi, celle du cancer. Dans un cas de Scott, il y avait un écoulement sanguinolent par le mamelon et l'on avait pensé à un épithélioma intracanaliculaire.

Le diagnostic clinique est rarement fait.

Henri Vignes.

Karsis. ***A propos d'un cas de guérison de goitre exophtalmique après radiumthérapie d'un fibrome de l'utérus*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome X, n° 2, Août 1924). — Femme de 38 ans avec un fibrome dépassant l'utérus de deux travers de doigt et un goitre exophtalmique à syndrome complet (dont une tachycardie à 160).

Elle se rappelait avoir constaté que son cou grossissait, il y a 5 ans, tandis que la tumeur de l'abdomen n'était aperçue que trois ans plus tard.

Radiumthérapie du fibrome. Dix jours après, les métrorragies ont disparu. Mais de plus les symptômes de goitre se trouvaient considérablement calmés, tandis que la thyroïde paraissait diminuée de volume et que les pulsations cardiaques s'étaient abaissées à 100 par minute.

Dix jours après, sans nouveau traitement, l'amélioration avait continué.

On fit une nouvelle application qui amena la guérison complète des deux lésions.

Henri Vignes.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE

(Berlin)

Troell. ***Nos méthodes d'examen clinique permettent-elles de fonder un pronostic de la maladie de Basedow ?*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, tome CXXIX, n° 4, 1924). — T. étudie la valeur des épreuves cliniques relatives à la formule sanguine, à la tolérance aux hydrates de carbone, à la tension artérielle et au métabolisme basal dans l'évaluation et la gravité de l'intoxication thyroïdienne au cours de la maladie de Basedow. Peut-on se fier à elles pour décider ou rejeter une intervention chirurgicale, pour régler le mode opératoire en un ou plusieurs temps ? Il résulte des nombreux cas examinés par Troell que l'établissement de la valeur du métabolisme basal et l'étude de la tension artérielle sont parmi ces épreuves les plus importantes de beaucoup. L'augmentation de la valeur du métabolisme basal mesure assez bien le degré de l'intoxication thyroïdienne.

Dans les cas de goitre diffus avec signes d'intoxication thyroïdienne intense, la moyenne de l'élévation de chiffre du métabolisme a été de + 50 pour 100 de la normale. Dans 4 cas où ce chiffre atteignait ou dépassait 50 pour 100, l'intervention a été pratiquée en plusieurs temps avec un heureux résultat. Les 4 décès post-opératoires que compte l'auteur sont survenus dans ce groupe de malades : 3 étaient cliniquement très graves, le 4e avait un métabolisme basal augmenté de + 78 % et fut opéré en une seule séance. Après la thyroïdectomie, la valeur du métabolisme subit sauf quelques exceptions une chute importante, en moyenne de 28 unités.

Quant aux cas de goitres diffus avec signes toxiques modérés ou de goitres adénomateux avec ou sans symptômes d'intoxication, l'augmentation du métabolisme était chez eux respectivement de + 10, + 30 et + 14 pour 100. Cette valeur tomba de 9, 11 et 16 unités après l'intervention qui eut toujours lieu en un seul temps.

Quant à la tension artérielle (l'auteur calcule en centièmes de la normale la tension différentielle du malade, la tension différentielle normale étant elle-même calculée comme devant être les 40/100 de la pression moyenne du malade), il y a généralement parallélisme entre l'augmentation de cette tension et la valeur du métabolisme.

T. conclut que la recherche du métabolisme basal est indispensable avant de décider si un malade atteint de Basedow doit être opéré et le mode d'intervention à lui appliquer. Parmi les autres méthodes d'examen l'étude de la tension artérielle lui semble présenter le plus d'intérêt.

J. Sénèque.

Wereschinski. ***Sur les troubles de la corrélation des surrénales et des ovaires et leur importance en pathologie chirurgicale*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, tome CXXIX, n° 4, 1924). — W. apporte une observation de pseudo-hermaphrodisme féminin chez une adulte : absence de vulve et de vagin; présence d'une verge assez bien conformée, et dont le sexe ne put être déterminé d'une façon certaine que par une laparotomie exploratrice qui montra l'existence d'organes internes atrophiés, d'ovaires petits, sclérokystiques et hypoplasiques. On greffa un ovaire de jeune femme dans le grand épiploon de cette malade : amélioration passagère des caractères sexuels secondaires.

Dans la suite, l'apparition d'un syndrome douloureux conduisit à poser le diagnostic de tumeur surrénale et à intervenir. Extirpation d'un hypernéphrome malin de volume modéré, adhérent à la surrénale gauche.

Nouvelle laparotomie 6 mois après la première, pour troubles intestinaux; on constate l'atrophie de l'ovaire greffé dont le tissu était très altéré, tous les follicules ayant disparu.

A propos de cette observation, l'auteur passe en revue les 4 formes cliniques principales du syndrome génito-surrénal : 1° malformations congénitales des organes sexuels avec caractères sexuels secondaires du sexe opposé; 2° virilisme surrénal apparaissant chez l'enfant ou chez l'adulte, accompagné de symptômes physiques et de troubles douloureux d'une tumeur surrénale; 3° forme « menstruelle » survenant chez la femme adulte et où tous les symptômes sont estompés; 4° forme où les troubles génitaux se traduisent par une grossesse extra-utérine, qu'accompagnent des signes de virilisme.

Dans toutes ces formes, les troubles du système génital sont dus à une lésion de dégénérescence ovarienne, elle-même secondaire à une tumeur surrénale hypernéphrome, hyperplasie intéressant exclusivement la couche corticale de ces glandes. La guérison n'est possible qu'après un diagnostic précoce, d'ailleurs difficile avant l'apparition de tous les signes de virilisme.

Affection certainement autonome, le syndrome génito-surrénal est évidemment loin de comprendre tous les cas de pseudo-hermaphrodisme ou de grossesse tubaire, mais la connaissance de ce syndrome attirera l'attention sur l'apparition de symptômes hétéro-sexuels, fera rechercher une tumeur surrénale et conduira à une thérapeutique chirurgicale appropriée.

J. Sénèque.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY *(Chicago).*

Percival Bailey. ***Etude des tumeurs cérébrales prenant naissance dans les cellules épendymaires*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 1, Janvier 1924). — La grande majorité des tumeurs appelées gliomes épendymaires dans la littérature ne prennent pas naissance aux dépens des cellules épendymaires et sont ainsi nommées à cause seulement de leur siège au niveau des ventricules cérébraux; une nomenclature histologique rigoureuse est cependant ici indispensable. Elle est d'abord basée sur la structure de l'épendyme normal et la connaissance de ses divers stades embryologiques, en particulier l'existence de cellules très spéciales à ce niveau, cellules ciliées avec à la base des cils des blépharoplastes, qui persistent encore à l'âge adulte, plus ou moins modifiées; la persistance des blépharoplastes après la chute des cils est la règle au niveau de l'aqueduc de Sylvius, du 4e ventricule, de l'épendyme spinal.

Dans la littérature, les tumeurs appelées gliomes épendymaires comprennent 4 types : des gliomes naissant de la région sous-épendymaire; des gliomes kystiques qui dans leur cavité contiennent des cellules ressemblant de façon superficielle à celles de l'épendyme; des papillomes ventriculaires; enfin les vrais *épendymomes*, tumeurs naissant des cellules épendymaires et en reproduisant la structure. Elles sont rares, P. B. n'en retrouve que cinq cas authentiques dans la littérature (Muthumam et Sauerbruck, Spiller, Malloy, 3 cas); elles concernent des tumeurs du 4e ventricule dans 4 cas; une tumeur médullaire sacrée dans le dernier cas.

L'auteur a trouvé 6 cas de gliomes épendymaires vrais sur les 868 tumeurs cérébrales vérifiées du service de Cushing. Il les divise en deux groupes : *a*) épendymomes du 4e ventricule, 4 cas dont il rapporte l'histoire clinique et opératoire, et l'examen histologique; les quatre ont été opérés et enlevés, 3 avec succès et survie allant d'un an à plusieurs années, l'autre avec terminaison fatale; *b*) épendymomes du voile médullaire postérieur ou toile choroïdienne du 4e ventricule, 2 cas; l'un non opéré avec terminaison fatale, l'autre opéré et guéri partiellement. Dans tous ces cas, le tableau clinique était celui d'une hypertension intracranienne avec signes de lésion cérébelleuse médiane. Les vomissements ont été, presque constamment, le premier signe attirant l'attention et fort avant les autres symptômes. Le développement de ces tumeurs est assez lent, et si l'on ne découvre pas la tumeur aisément à l'intervention, il est préférable de la laisser en place.

La structure microscopique de ces épendymomes est la suivante : la tumeur est composée d'une mosaïque de cellules polygonales avec des bords bien définis, un cytoplasme très granuleux. Elles sont pressées les unes contre les autres et présentent un large noyau unique, vésiculeux. Il existe aussi quelques fibrilles névrogliques qui semblent parfois continuer les cellules. Par places, les cellules ont une disposition radiaire surtout autour des vaisseaux qui sont larges, à paroi mince, souvent hyaline. Pas d'autre tissu connectif. Enfin presque toutes les cellules contiennent une aire claire où l'on voit un, plus souvent deux ou trois, et parfois davantage, grains bien délimités, sphériques ou en bâtonnets, vivement colorés par les méthodes névrogliques et qui sont les blépharoplastes typiques des cellules épendymaires. ALAJOUANINE.

G. Hassin. ***Note sur l'histo-pathologie comparée de la poliomyélite antérieure aiguë et de l'encéphalite épidémique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 1, Janvier 1924). — Ces deux inflammations aiguës, si typiques, des centres nerveux, l'encéphalite épidémique et la poliomyélite, atteignent plus ou moins l'ensemble de l'axe cérébro-spinal avec prédominance pour le mésocéphale dans la première, pour la moelle épinière dans la seconde. Le siège des lésions a été jusqu'ici le principal appui de leur diagnostic histo-pathologique. Par contre, dans les cas atypiques, où mésencéphale et moelle sont atteints simultanément, il peut exister de grandes difficultés dans leur diagnostic différentiel. On a même pu considérer les deux processus histologiques comme identiques (Haüptli). A leur différenciation clinique, humorale et bactériologique, s'ajoutent cependant aussi des différences histologiques, en dépit de la localisation grossièrement identique, et qui sont étudiées à propos de l'examen comparé systématique d'un cas de poliomyélite antérieure aiguë ayant revêtu le type de Landry et d'un cas d'encéphalite épidémique à forme suraiguë avec myoclonies diaphragmatiques.

Il existait, dans les deux cas, des altérations des cellules nerveuses étendues à tout le système nerveux central : dégénérations des cellules ganglionnaires de la moelle, du bulbe, du mésocéphale et des fibres nerveuses des racines antérieures avec prolifération névroglique; d'autre part, infiltration périvasculaire diffuse. Dans le cas d'encéphalite, les lésions étaient de nature semblable à celles du cas de poliomyélite : la moelle, en particulier, contenait des vaisseaux très infiltrés, ainsi que les méninges; l'infiltration était à base de lymphocytes, de polyblastes et souvent de plasmocytes. Mais ni en étendue, ni en intensité, cette infiltration n'était aussi marquée que dans le cas de poliomyélite. Il existait d'autre part une abondante prolifération vasculaire et les coupes étaient beaucoup plus vascularisées que celles du cas de poliomyélite. De plus, l'infiltration parenchymateuse était moins marquée dans le cas d'encéphalite, les cornes antérieures moins atteintes et de façon proportionnelle avec les cornes postérieures, ce qui était l'inverse dans le cas de poliomyélite. La prolifération névroglique y était également moins intense au niveau de la moelle.

La poliomyélite et l'encéphalite présentent donc l'une et l'autre des lésions à la fois inflammatoires et dégénératives. Mais ces dernières sont beaucoup plus intenses dans la poliomyélite où, très vite, elles causent la dégénération du système moteur entier, y compris le réseau fibrillaire des cornes antérieures; la dégénération s'associe à une prolifération névroglique marquée. Les lésions inflammatoires et dégénératives peuvent atteindre dans les deux affections tout l'axe cérébro-spinal, mais elles décroissent d'intensité vers le cerveau dans la poliomyélite, vers la moelle sacrée dans l'encéphalite. L'importance et l'étendue des lésions peuvent être cependant si identiques dans les deux, qu'un diagnostic différentiel n'est possible que par le degré des modifications dégénératives médullaires.

ALAJOUANINE.

Percival Bailey. ***Sur les symptômes cérébelleux dus aux tumeurs supra-sellaires*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 2, Février 1924). — L'existence de signes à distance dans les tumeurs cérébrales est un fait bien connu. Les signes cérébelleux en particulier ont été signalés par Bruns dans les tumeurs frontales (ataxie surtout), par Rothmann dans les tumeurs temporales. Il est en général facile de rapporter ces signes à leur cause; Cl. Vincent, par exemple, a montré que l'ataxie frontale ne s'accompagnait pas d'asynergie. Plus difficiles peuvent être à rapporter à leur origine les troubles de l'équilibre dus à l'hypertension intracranienne sans autre signe de localisation, comme le fait peut s'observer dans des tumeurs développées dans des régions silencieuses au-dessus de l'étage cérébelleux. On sait aussi depuis longtemps que des tumeurs cérébrales peuvent causer par hypertension des troubles hypophysaires (syndrome adiposo-génital, destruction de la selle turcique). L'anamnèse suffit à indiquer la précession des troubles cérébraux. L'inverse est plus rare, à savoir une tumeur de la région pituitaire donnant lieu à des symptômes faisant penser à une lésion cérébelleuse.

P. B. en rapporte 3 cas du service de Cushing. Le premier concerne un jeune homme avec syndrome d'hypertension intracranienne, cécité progressive, syndrome cérébelleux avec incoordination, chute en arrière, dysarthrie, hyperextension de la tête; la radiographie montrait des modifications de la selle turcique; une décompression fut d'abord pratiquée, puis une intervention occipitale qui montra un cervelet normal, enfin une intervention transfrontale avec drainage ventriculaire. Deux ans après, l'état était le même, mais avec un syndrome adiposo-génital qui s'était développé, une ventriculographie montra une ombre au-dessus de la selle turcique; une nouvelle intervention sur la région ne permit pas d'enlever la tumeur que l'autopsie démontra être une tumeur du 3e ventricule avec hydrocéphalie interne. Les deux autres cas sont superposables.

Si la différenciation entre le tableau d'une tumeur cérébelleuse est facile d'ordinaire d'avec celui d'une tumeur supra-sellaire avec son hémianopsie bitemporale, son atrophie optique primitive, son syndrome adiposo-génital, il est donc aussi des cas difficiles à interpréter, car sur un malade vu tardivement, on peut supposer que l'hypertension au cours d'une tumeur du cervelet a causé les désordres de la région hypophysaire. La radiographie est ici un élément important de diagnostic, surtout quand il existe, en plus des modifications de la selle turcique, une ombre supra-sellaire. Dans le doute, c'est l'ordre chronologique de développement des symptômes qui a de l'importance. Dans les 3 observations de P. B., les symptômes cérébelleux étaient apparus tardivement dans l'histoire clinique. Il faut enfin distinguer les troubles cérébelleux proprement dits des troubles vestibulaires (Cl. Vincent) par les autres signes associés, hypotonie, hypermétrie, tremblement. Quant au mécanisme des troubles cérébelleux dans ces cas, il semble vraisemblable que les voies cérébelleuses ont été atteintes dans la région du trou ovale où s'engage le mésocéphale.

ALAJOUANINE.

Rosenow. ***Expérimentation sur l'étiologie des arythmies respiratoires consécutives à l'encéphalite épidémique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 2, Février 1924). — Les troubles du rythme respiratoire, à la suite de l'encéphalite épidémique, ne sont pas rares, en particulier chez l'enfant, et sont généralement considérés comme une séquelle de l'affection. Ayant observé l'effet absolument spécifique suivant l'injection d'un streptocoque neurotrope, isolé de cas d'encéphalite et de hoquet épidémique, R. a pensé à établir une relation étiologique entre cet organisme et les manifestations respiratoires. Il a choisi 7 cas d'arythmies respiratoires post-encéphalitiques chez des sujets allant de 4 ans à 27. Il a isolé du nasopharynx et parfois des amygdales de façon constante un streptocoque de virulence généralement faible, semblable dans ses caractères culturaux dans les différents cas, et possédant des propriétés neurotropes spéciales. Ce streptocoque ressemble à ceux qu'il a isolés dans l'encéphalite et le hoquet épidémique. Sa propriété neurotrope spécifique se manifeste par sa tendance à se localiser et à léser principalement la partie antérieure de la moelle, qu'il soit injecté dans le lobe frontal, sous la dure-mère ou dans les veines, ou qu'il soit aspiré par le nez fermé par une gaze imbibée de culture.

Les symptômes produits chez les lapins et singes injectés ont été caractérisés par des altérations du mécanisme et de l'attitude respiratoire, et souvent avec des aspects rappelant beaucoup ceux des malades où le germe avait été isolé. Ces symptômes se manifestent aussi bien après inoculation de cultures fraîches que de cultures ayant subi plusieurs passages sur l'animal. Par contre, ils ne se développent pas par l'inoculation des cultures filtrées. Des résultats négatifs ont été obtenus avec le matériel tiré du naso-pharynx de personnes saines, ainsi que de malades ayant une autre variété de manifestations d'encéphalite. Enfin, le microorganisme a été trouvé dans les lésions des animaux, lésions caractéristiques de l'encéphalite et surtout localisées à la moelle.

Ces faits indiqueraient donc qu'il ne s'agit pas dans ces manifestations respiratoires de séquelles, mais bien de persistance de l'attaque initiale d'encéphalite due à des lésions du système nerveux par un streptocoque doué d'un haut pouvoir localisateur spécifique. La présence de ce germe aux portes d'entrée longtemps après le début de la maladie peut être en partie responsable du caractère progressif des symptômes. Il s'ensuit qu'il y aurait lieu de pratiquer la désinfection des foyers par antisepsie ou traitement spécifique. ALAJOUANINE.

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS

(*Paris*)

Mathieu-Pierre Weil et Ch.-O. Guillaumin. ***Le sang des goutteux : étude chimique, physico-chimique et clinique*** (*Le Journal médical français*, tome XIII, n° 6, Juin 1924). — W. et G. étudient d'abord de façon analytique les divers éléments humoraux du sang des goutteux. L'uricémie normale leur a paru plus forte que les chiffres indiqués par les classiques, se tenant entre 35 et 45 milligr. par litre chez les sujets sains et soumis à une alimentation mixte, comprenant de la viande. Chez les goutteux, il importe de distinguer trois états à l'acide urique sanguin : l'acide urique salifié ou libre, l'acide urique organique combiné, les composés uricogènes. L'hyperuricémie goutteuse, d'après Chauffard, varie entre 72 et 127 milligr. par litre. W et G. ont trouvé des chiffres variant entre 68 et 100 milligr. L'augmentation de l'uricémie est donc infiniment moins marquée que l'augmentation du chiffre de l'urée des brightiques par rapport au taux normal de l'urée sanguine. L'uricémie goutteuse est très influençable par le régime. Mais il y a des cas de goutte sans hyperuricémie, et, d'autre part, la crise aiguë de goutte articulaire ne semble avoir sur l'uricémie qu'une influence légère, inconstante, discutable.

W. et G. ont été frappés de l'inconstance de l'hyperuricémie des goutteux. Il leur a paru qu'à ce point de vue une opposition devait être faite entre les goutteux sans dépôts tophacés et les goutteux qui en présentent. Tandis que ces derniers ont habituellement une augmentation de la teneur de leur sang en acide urique libre et combiné, cette hyperuricémie ne s'observe que de manière très inconstante chez les goutteux sans précipitations uratiques, sous réserve d'une déficience rénale, qui est un facteur important d'hyperuricémie plasmatique. Chez maint goutteux enfin, l'augmentation de l'acide urique combiné organique est symptomatique d'un trouble de la nutrition azotée.

L'hypercholestérinémie et l'hyperbilirubinémie ont été signalées par Chauffard et ses élèves, témoignant de l'atteinte hépatique fréquente de ces sujets.

W. et G. étudient ensuite les autres constituants du sang goutteux : acidité ionique; rapport des globules au plasma; augmentation fréquente des albumines totales du plasma, habituellement en rapport avec des erreurs diététiques ; urée sanguine ; calcium et magnésium.

L'inconstance de l'hyperuricémie amène à penser que toutes les arthrites goutteuses ne relèvent sans doute pas de la précipitation urique. Certaines rappellent les arthropathies de la maladie du sérum et sont, comme elles, particulièrement curables : arthropathies protéiniques de F. Bezançon, M.-P. Weil et de Gennes; celles-ci ne s'accompagnent pas en général, en dehors d'un facteur rénal, d'hyperuricémie plasmatique. Ainsi la question du métabolisme urique, malgré son importance, ne résout-elle pas à elle seule le problème pathogénique de la goutte.

L. Rivet.

Pierre Bouloumié (de Vittel). ***Quelques mots sur la goutte vue depuis cinquante ans*** (*Le Journal médical français*, tome XIII, n° 6, Juin 1924). — Au cours d'un demi-siècle de pratique médicale à Vittel, B. a pu observer un nombre considérable de goutteux (statistique de plus de 3.000 cas).

Il souligne notamment : la diminution de fréquence de la goutte déformante, la fréquence relative des cas de goutte et d'arthritisme, la diminution de gravité de la goutte.

Le rôle de l'hérédité est très net. Le goutteux et le rhumatisant chroniques sont des arthritiques chez lesquels le trouble nutritif caractéristique de l'arthritisme affecte principalement le tissu conjonctif, originellement ou accidentellement plus vulnérable qu'à l'état normal et s'accusant surtout du côté des articulations. Chez les goutteux, il se double d'une tendance à la précipitation des urates retenus en excès dans le sérum sanguin, généralement aussi avec un excès de cholestérine. La bifurcation de l'arthritique vers l'une de ces deux branches dépend en grande partie des conditions d'existence aussi bien que des conditions individuelles, constitutionnelles.

B. précise ensuite la constitution du tophus et des tophi et décrit les altérations et déformations communes à la goutte et au rhumatisme. Il a aussi observé d'assez nombreux cas de goutte oxalique.

Il précise les divers éléments d'information qu'on doit demander à l'examen d'un goutteux : examen du sang, étude de l'appareil circulatoire, étude de la sécrétion urinaire. Tous ces éléments sont fort utiles pour établir le traitement, dont B. donne les directives et la pratique, d'après sa grande expérience personnelle.

L. Rivet.

M. Wolf (de Strasbourg). ***Le tophus goutteux*** (*Le Journal médical français*, tome XIII, n° 6, Juin 1924). — D'une minutieuse étude anatomique et physio-pathologique, W., qui a consacré au sujet d'importantes recherches personnelles avec Chauffard, dégage les conclusions suivantes :

Le tophus goutteux est un nodule spécifique qui peut se développer chez tous les sujets atteints de goutte, en dehors et pendant les crises. Il présente des particularités symptomatiques, évolutives et radiologiques qui en permettent le plus souvent facilement le diagnostic.

Le tophus goutteux présente une constitution chimique et anatomo-pathologique caractérisée par le mélange d'un colloïde, la cholestérine, et d'un cristalloïde, les sels d'acide urique, dont le dépôt dans les tissus conjonctifs et réticulo-endothéliaux para-articulaires et para-cartilagineux entraine des modifications nettement déterminées de la trame conjonctive.

Le tophus goutteux représente un accident très spécial dans l'évolution de la goutte et permet, par sa constitution, des conclusions intéressantes quant à la pathogénie des accidents goutteux en général.

L. Rivet.

REVUE MÉDICALE DE L'EST

(*Nancy*)

Prof. Jacques et Roy. ***Documents sur la curiethérapie dans le cancer des premières voies aéro-digestives*** (*Revue médicale de l'Est*, tome LII, n° 4, Février 1924). — Cette étude est illustrée par dix observations de tumeurs malignes, dont quatre du groupe conjonctif et six du groupe épithélial, concernant des tumeurs de l'épipharynx, des épithéliomas de l'isthme du gosier, de l'œsophage, du sinus maxillaire. Les sources de rayonnement utilisées ont été des tubes de 50 milligr. de bromure de radium et des aiguilles radifères de 6 et 12 milligr. Dans un cas l'emploi du mésothorium est signalé.

Toutes les observations ont trait à des cas inopérables pour lesquels des résultats thérapeutiques inespérés ont été obtenus, des succès qui, pour l'exérèse chirurgicale, eussent été un triomphe.

J. et R. ont noté l'efficacité particulière des rayons gamma dans le traitement des cancers du groupe mésodermique et spécialement des lymphocytomes, néoformations particulièrement impressionnables. Constamment ils ont vu régresser rapidement, mais non disparaître, sous l'influence de l'irradiation curiethérapique, les tumeurs épithéliales primitives et métastatiques. Lorsque des circonstances se sont montrées favorables à l'exposition directe aux radiations issues d'un tube ou d'une aiguille, on a pu observer une transformation si complète des lésions qu'au caractère néoplasique succédait simplement l'aspect inflammatoire. Cette apparence qu'accompagne toujours une rétrocession des phénomènes subjectifs peut être acceptée, du moins, comme l'indice d'une tendance heureuse vers la suppression du mal.

Le radium apparait comme une arme merveilleuse contre les cancers inopérables des voies aéro-digestives. Comparable à l'action d'un bistouri guidé par le microscope, la destruction élective des cellules cancéreuses par les rayons gamma ne saurait atteindre que les germes du mal siégeant dans un champ limité, mais dans ce champ, du moins, la destruction paraît atteindre tous les éléments morbides, sans léser, pour ainsi dire, les parties saines de l'ambiance.

Leroux-Robert.

LA CLINICA PEDIATRICA

(*Modène*)

Siro Segagni (de Turin). ***Sur la valeur diagnostique de l'intradermo-liquido-réaction dans la méningite tuberculeuse*** (*La Clinica pediatrica*, tome VI, fascicule 7, Juillet 1924). — Le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction est centrifugé une heure dans un tube stérile. On prélèvera 10 cmc du liquide qui surnage, privé d'éléments cellulaires et microbiens ; on les concentre au dixième suivant la méthode de Wildbolz. A l'aide d'une seringue de Barthélémy on injecte un dixième du liquide ainsi concentré dans le derme de la face antérieure de l'avant-bras. On lit les résultats au bout de 24 heures.

Chez les sujets atteints de méningite tuberculeuse cette intradermo-réaction pratiquée avec leur propre liquide céphalo-rachidien n'a produit une infiltration au lieu d'injection que deux fois sur dix.

Le liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de méningite tuberculeuse, concentré au dixième et injecté dans le derme de sujets en état d'allergie, a donné un résultat positif dans 13 cas sur 27.

Le liquide céphalo-rachidien prélevé sur les sujets atteints de maladies diverses du système nerveux central — à l'exclusion de la méningite tuberculeuse —, concentré au dixième et injecté sous le derme des malades dont il provenait, donne parfois une réaction positive, notamment dans des cas de poliomyélite antérieure aiguë, de gliome du cerveau, de tubercule du cervelet.

D'autre part, une solution isotonique de chlorure de sodium, concentrée au dixième et injectée de même dans le derme d'enfants en état d'allergie, produit une infiltration et une vésiculation analogues à celles de l'intradermo-liquido-réaction. Cette dernière n'est donc nullement spécifique et on ne peut tabler sur elle pour confirmer le diagnostic de méningite tuberculeuse. Seules la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien et l'inoculation positive au cobaye donnent toute garantie à cet égard.

G. Schreiber.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Munich*)

Borak. ***Le traitement des troubles généraux de la ménopause par les applications de rayons X sur l'hypophyse et la thyroïde*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXI, n° 26, 27 Juin 1924). — En présence des nombreux succès que lui a donnés l'irradiation de l'hypophyse ou de la thyroïde dans le traitement des troubles généraux de la ménopause spontanée, post-opératoire ou radiothérapique, B., qui travaille dans le service de Holzknecht, attribue ces troubles, qu'on met habituellement sur le compte de l'involution de l'ovaire, à la prépondérance ou à la suractivité de l'hypophyse ou, plus rarement, de la thyroïde. De fait, l'irradiation, si efficace quand on y soumet ces deux glandes endocrines, reste sans effet lorsqu'on la pratique sur d'autres régions du corps ; la suggestion au moyen d'irradiations simulées échoue également. D'autre part, l'action des rayons sur le cerveau intermédiaire peut être mise hors de cause.

B. commence par irradier l'hypophyse de sorte qu'elle reçoive 1/10e à 1/20e de la dose d'érythème ; généralement tous les troubles disparaissent quelques jours après une seule séance; s'ils persistent, on fait une seconde, puis une troisième séance identique à 8 jours d'intervalle. Dans les rares cas où l'on observe un échec, on irradie la thyroïde avec la même dose et l'on obtient en règle générale la guérison. B. conseille de commencer par l'irradiation de la thyroïde chez les femmes qui tendent à maigrir à

TRAITEMENT DU DIABÈTE

ET DE TOUTES SES MANIFESTATIONS

PAR L'

INSULINE BYLA

Purifiée, débarrassée de ses toxalbumines et de ses sels,
Presentée sous forme d'une POUDRE STERILE, immédiatement SOLUBLE DANS L'EAU.
Titrée physiologiquement sur lapin normal et sur chien dépancréaté.

PURIFICATION PARFAITE
STABILITÉ INDÉFINIE

CONSTANCE ABSOLUE DE
L'ACTION THÉRAPEUTIQUE

Chaque ampoule d'INSULINE BYLA contient 15 UNITÉS CLINIQUES
et est accompagnée d'une ampoule de 2 c.c. de Sérum physiologique dans laquelle on la fait dissoudre
au moment de l'injection.

PRODUIT ADOPTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

PRIX EN BAISSE { La boîte de 10 ampoules. . . . . 45 fr.
La boîte de 5 ampoules. . . . . 25 fr.

Les Établissements BYLA, 26, avenue de l'Observatoire, PARIS

Registre du Commerce : Seine, N° 71.895.

LABORATOIRES BAILLY

15 & 17 Rue de Rome, PARIS (8e)

TÉLÉPHONE
Wagram 85-19
— 62-29
— 63-79

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Adr. Télégr. :
BAILLYAB-PARIS

DÉNOMINATIONS	COMPOSITION	PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
PULMOSERUM	Phospho-Gaiacolate de Chaux, de Soude et de Codéine.	*Antibacillaire, Reminéralisant, Histogénique, Hyperphagocitaire, Anti-Consomptif.*	Toux catarrhale. Laryngites, Bronchites, Congestions pulmonaires, Sequelles de Coqueluche et Rougeole. — Bacilloses.	*Une cuillerée matin et soir, au milieu des repas, dans un peu d'eau.*
FORXOL	Acide hexoso-hexaphosphorique, Monométhylarsinate acides. Nucléo-phosphates Mn, Fe, Ca, Bases pyrimidiniques.	*Reconstituant complet pour tout organisme. Dynamogénique, Stimulant hématogène, Anti-déperditeur, Régulateur des échanges cellulaires.*	Etats de dépression, Faiblesse générale. Troubles de croissance et de formation, Neurasthénie, Anémie, Débilité sénile, Convalescences.	*Une à deux cuillerées à café, suivant l'âge, au milieu des deux principaux repas, dans un peu d'eau, de vin ou un liquide quelconque.*
UROPHILE (Granulé Effervescent)	Acide Thyminique, Benzoates, Diméthyl-Pipérazine. Urotropine. Lithine.	*Uricolytique, Diurétique, Régulateur de l'activité hépatique, Antiseptique des voies urinaires et biliaires.*	Diathèse arthritique, Goutte aiguë et chronique, Gravelle urique, Lithiase biliaire, Rhumatismes, Cystites.	*Une cuillerée à soupe, dans un peu d'eau, deux fois par jour, entre les repas.*
THÉÏNOL (Élixir)	Théine méthylquinizol en combinaison benzoïque.	*Euphorique. Antidépresseur. Analgésique. Régulateur des fonctions nerveuses. Tonique circulatoire.*	Migraines, Névralgies, Douleurs rhumatoïdes, Crises gastro-intestinales, Dysménorrhée.	*Deux cuillerées à dessert à une heure d'intervalle l'une de l'autre.*
OPOBYL (Dragées)	Extrait hépatique. Sels biliaires. Boldo et Combretum, Rhamnus.	*Cholagogue, Rééducateur des fonctions entéro-hépatiques, Décongestif du foie et des intestins.*	Hépatites, Ictères, Cholécystites, Lithiase biliaire, Entéro-colites, Constipation chronique, Dyspepsie gastro-intestinale.	*Deux à huit dragées par jour après les repas.*

R.C. Seine . 1079

Echantillons et Brochures sur demande

la suite de la cessation des règles. Il n'a jamais observé de troubles secondaires imputables à ce traitement dont l'action semble attribuable à une atténuation de l'activité des cellules de l'hypophyse ou de la thyroïde, qui précisément se montrent très sensibles à ces petites doses de rayons en raison de leur état d'hyperfonctionnement. P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

A. Chesney, J. E. Kemp, W. H. Resnik. ***Arthrite syphilitique avec éosinophilie; présence du tréponème dans le liquide synovial*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome XXXV, n° 402, Août 1924). — Les 2 cas de syphilis relatés ici présentèrent un ensemble de symptômes très anormaux: adénopathie généralisée et douloureuse, arthrites multiples, éosinophilie, fièvre.

Chez la première malade, l'infection syphilitique semblait remonter à moins de 4 ans. Les premiers troubles furent des douleurs dans les épaules, les genoux et le cou. Puis les ganglions cervicaux se gonflèrent et devinrent douloureux. A l'entrée, on constatait une tuméfaction marquée et douloureuse de tous les ganglions accessibles à la palpation qui restaient mobiles, une augmentation du volume du foie et surtout de la rate. Les genoux étaient le siège d'une arthrite subaiguë avec hydarthrose modérée. Les articulations temporo-maxillaires, sterno-claviculaires, acromio-claviculaires et coxo-fémorale gauche étaient douloureuses, en l'absence de toute gonococcie. Il existait une fièvre légère. L'examen du sang révéla en même temps qu'un Wassermann positif une éosinophilie atteignant 10 pour 100 sans qu'il existât de parasites intestinaux. Le traitement spécifique fit rapidement disparaître tous les symptômes y compris l'éosinophilie. Fait intéressant et qui confirme la nature de l'infection, l'inoculation du liquide d'hydarthrose et celle du tissu ganglionnaire dans le testicule du lapin provoquèrent des accidents syphilitiques typiques où le tréponème fut trouvé en abondance. La présence du tréponème dans le liquide articulaire, signalée pour la première fois, rend superflue l'intervention d'une toxine circulante pour expliquer les douleurs articulaires que présentent certains syphilitiques.

L'histoire du second malade, atteint de chancre induré et de roséole 9 mois avant, est calquée sur la précédente. Les articulations atteintes étaient aussi nombreuses et il existait en outre des douleurs rappelant la talalgie blennorragique, mais l'hydarthrose du genou faisait défaut. L'éosinophilie s'éleva jusqu'à 15 pour 100. L'inoculation d'un ganglion fut suivie d'accidents syphilitiques chez le lapin.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

Forbes, Cobb. S. et Frémont-Smith. ***Œdème cérébral et céphalée consécutifs à l'intoxication oxycarbonée*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 3, Mars 1924). — La céphalée est un symptôme fréquent chez les sujets exposés à l'intoxication oxycarbonée, et c'est là la cause de la céphalée dans de nombreuses professions (mineurs, ouvriers d'usines, mécaniciens). La recherche du mécanisme de cette céphalée a un double intérêt clinique et physiologique. Les auteurs en ont cherché la cause dans l'augmentation de la pression intracranienne, dans une série d'expériences sur des animaux, et dans deux observations cliniques. Trois conditions peuvent expliquer cette augmentation de pression: la congestion cérébrale, l'augmentation de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien et l'œdème cérébral.

L'augmentation de pression intracranienne chez l'animal intoxiqué est constante. Elle est due avant tout à la congestion cérébrale; il n'y a pas de démonstration évidente de l'augmentation de la sécrétion céphalo-rachidienne; enfin, il peut exister de l'œdème cérébral; tels sont les faits ressortant des observations suivantes: après asphyxie prolongée, on observe chez l'animal par trépanation une augmentation de volume du cerveau; cette augmentation persiste après décapitation, c'est donc bien un accroissement de volume et non une dilatation ventriculaire, ni une congestion vasculaire. L'injection intraveineuse de solutions salines hypertoniques, qui donne lieu à l'absorption d'eau par le sang, réduit le volume du cerveau et diminue les symptômes de compression. L'étude histologique des animaux gazés n'a pas montré d'œdème cérébral évident. Mais la dessiccation semble montrer qu'il existe un léger œdème. Enfin, chez les animaux, l'augmentation de pression intracranienne s'accompagne précocement de dilatation veineuse autour de la papille optique, puis ultérieurement d'une modification de la coloration du fond d'œil qui de vert devient rouge.

Chez l'homme, dans un cas où le sujet fut soumis expérimentalement à l'intoxication par l'oxyde de carbone dilué en chambre close, la céphalée consécutive fut à son maximum une demi-heure après avoir été retiré de l'expérience, et à ce moment la dilatation des veines rétiniennes et l'hyperémie papillaire étaient à leur maximum. Dans un cas d'empoisonnement accidentel par le gaz d'éclairage ayant déterminé un coma profond, il existait également de la dilatation veineuse et de l'hyperémie papillaire, la pression du liquide céphalo-rachidien doublée et l'injection intraveineuse de solution saline hypertonique eut un effet immédiat sur la cessation du coma, alors que la ponction lombaire n'avait amené qu'une sédation incomplète et temporaire.

L'asphyxie par l'oxyde de carbone donne donc lieu à une élévation de la pression intracranienne par congestion et peut-être par œdème cérébral; l'ophtalmoscope est le meilleur moyen de l'apprécier; la céphalée par intoxication oxycarbonée relève des mêmes causes. Alajouanine.

G. Wilson et Winkelman. ***Épilepsie partielle continue (en particulier des cas dus à des lésions corticales microscopiques)*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 5, Mai 1924). — Kojewnikoff a décrit sous le nom d'épilepsie partielle continue un type d'épilepsie où, entre les grandes attaques convulsives, existaient des soubresauts musculaires continuels sans modifications de la conscience. Il en attribuait la cause soit à une tumeur, un abcès, une embolie, soit à une encéphalite circonscrite, mais sa description ne comportait pas de faits anatomiques. Depuis cette description, un certain nombre d'auteurs ont rapporté des exemples de ce type clinique dû à une lésion irritative du cortex; il s'agit d'ordinaire d'une lésion macroscopique; mais parfois cependant, la lésion n'est visible qu'au microscope. W. et W. en rapportent 3 cas. Dans le 1er, le début des symptômes, après un accident, avait fait penser à une hémorragie méningée; il existait cependant de la fièvre, 20 lymphocytes par mmc dans le liquide céphalo-rachidien. L'intervention fut négative, suivie de mort et l'autopsie montra une encéphalite limitée avec grosse infiltration périvasculaire. Le second cas fit penser à une tumeur et là encore l'intervention fut négative à l'exception d'une dilatation veineuse dans la partie supérieure de la région rolandique. Anatomiquement, il s'agissait aussi d'encéphalite du même type. Le 3e cas concerne une métastase carcinomateuse; à l'autopsie, rien de macroscopique, sauf des points hémorragiques au niveau du cortex moteur; histologiquement, hémorragie et infiltration carcinomateuse. W. et W. concluent qu'on ne doit pas accepter, devant un cas d'épilepsie partielle continue, la tendance à l'attribuer à une lésion macroscopique, tumeur, abcès ou hémorragie; il est indubitable que des lésions microscopiques peuvent donner ce syndrome; c'est une notion importante au point de vue pratique, car les deux premiers cas auraient pu guérir vraisemblablement sans l'intervention suivie de résultats opératoires funestes. Alajouanine.

Sonia Weiss et Foster Kennedy. ***Expérimentation clinique dans la myotonie congénitale (Thomsen), en particulier au sujet du système parasympathique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 5, Mai 1924). — Depuis que Thomsen décrivit la myotonie congénitale et que Deléage montra qu'on pouvait observer l'atrophie de certains muscles chez des sujets myotoniques, on a discuté souvent les relations de la myotonie congénitale et de la myotonie atrophique Leur étiologie et leur pathogénie n'en restent pas moins toujours aussi obscures. L'étude d'un cas poursuivi surtout au point de vue de l'exploration du système sympathique apporte quelques suggestions de la part de W. et W. Il s'agit d'un homme de 32 ans, chez qui l'affection débuta à 9 ans, et qui présente tous les caractères classiques: spasme tonique des différents muscles des membres avec difficulté de la décontraction survenant par attaques; contractions également persévérantes des muscles palpébraux, des muscles abdominaux; constipation opiniâtre. Quelques muscles sont atrophiés. Impuissance génitale. A l'exploration électrique, forte augmentation du seuil du courant galvanique et réaction myotonique.

Il s'agit donc d'un cas limite entre la myotonie congénitale de Thomsen dont il présente tous les signes et la myotonie atrophique de Deléage puisqu'il existe de l'atrophie de certains muscles, de la faiblesse musculaire, l'abolition de certains réflexes et enfin des altérations des glandes à sécrétion interne souvent signalées dans cette dernière affection. W. et W. ne voient pas dans ce cas de preuves de la localisation au niveau des muscles du processus pathologique. La biopsie montre un muscle normal. L'examen chimique du sang, le métabolisme basal sont normaux. Il existe par contre des modifications dans les épreuves d'exploration sympathique. Pas de réaction à l'adrénaline, mais réaction marquée à l'atropine, surtout après thyroïdisation; l'absence de réaction à l'adrénaline, la cessation des réactions fibrillaires des muscles malades pendant 12 heures à la suite d'injections d'atropine et d'extrait thyroïdien, le fait surtout que l'atropine, dépresseur spécifique du système parasympathique, cause le retour du muscle et des fonctions normales, suggèrent qu'il existe une augmentation anormale de l'activité de la vagotonie; le trouble du réflexe oculo-cardiaque, la bradycardie plaident également dans ce sens. Or on sait actuellement que le tonus musculaire, indépendant de la contraction, est régi par le système autonome et probablement par le système parasympathique, dont l'altération serait en grande partie la cause de la contraction musculaire pathologique de la maladie de Thomsen. Alajouanine.

Th. Frazier et Russel. ***Névralgie de la face (étude de 754 cas dans leur relation avec la douleur et autres phénomènes sensitifs avant et après intervention)*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 5, Mai 1924). — La variété des sensations douloureuses de la face est considérable. Cette statistique qui porte sur un nombre imposant de cas vise à préciser les points suivants concernant les phénomènes douloureux de la face: *a*) les caractères de la douleur dans la névralgie du trijumeau avant l'opération ou l'injection d'alcool; *b*) les modifications de la sensibilité après l'intervention; c) les phénomènes douloureux dans les névralgies atypiques. La majorité de ces cas concerne des grandes névralgies faciales, la moitié a été traitée par la radicotomie. Enfin, la moitié environ des malades a pu être suivie et interrogée sur les sensations consécutives à l'intervention.

De l'étude des descriptions de la douleur et des nombreux qualificatifs dont usent les malades, on peut distinguer trois types de sensations: 1° les sensations douloureuses (dans le sens propre); 2° les sensations de pression; 3° les sensations thermiques. La ressemblance avec les douleurs tabétiques est à souligner; on ne peut que soupçonner l'élément sympathique en cause.

Après l'intervention, il existe des modes de réaction très différents suivant les sujets; la majorité éprouve un soulagement immédiat et des paresthésies surtout à type d'engourdissement auxquelles ils s'accoutument très vite. Chez d'autres, au contraire, ces paresthésies peuvent devenir la cause d'obsessions; chez certains, elles sont pénibles, surtout à type de sensations thermiques, et l'élément sympathique dans leur origine est fort probable.

Les névralgies atypiques (90 cas sur 300) ne sont nullement calmées par l'intervention; il est des cas impossibles à diagnostiquer autrement que par le succès de l'intervention. Le diagnostic différentiel se basera: sur la distribution de la douleur non rapportée à la périphérie du nerf, n'irradiant pas le long de son trajet, dépassant son territoire; sur ses caractères (en général, sensation de tiraillement, d'arrachement; prédominance des troubles à base de pression; elle est profondément située, atténuée par l'opium, aussi intense la nuit que le jour). L'étiologie des névralgies atypiques est obscure; l'atteinte du ganglion sphéno-palatin n'est pas démontrée. Il est fort suggestif de noter que les caractères de ces névralgies atypiques sont semblables aux paresthésies persistant après intervention pour grandes névralgies essentielles. Alajouanine.

REVUE DES JOURNAUX

LA MÉDECINE INFANTILE

(Paris)

P. Hallopeau et Humbert (Paris). ***Péritonite généralisée par perforation d'un ulcère du diverticule de Meckel présentant l'aspect et les caractères d'un ulcère simple dit peptique*** (*La Médecine infantile*, tome XXX, n° 8, Août 1924, p. 229-241). — Un nourrisson, âgé de 11 mois, est apporté à l'hôpital à 9 heures du soir, parce que le médecin traitant craint une invagination intestinale. Depuis le matin, il crie continuellement, paraissant souffrir du ventre; il a eu un vomissement; depuis la veille, il n'a pas rendu de matières et un lavement n'a absolument rien donné. La mère raconte qu'à deux reprises, depuis sa naissance, à l'âge de 5 mois et à 8 mois, il a eu des hémorragies intestinales qui ne se sont accompagnées d'aucune douleur, d'aucun trouble intestinal.

A l'examen, ventre ballonné, surtout dans les régions péri-ombilicale et épigastrique; mais pas d'ondes péristaltiques; défense musculaire nette; flancs souples; toucher rectal négatif : le doigt ne ramène pas de sang. Température 38°5, pouls 112. On élimine l'appendicite et l'invagination intestinale et on attend. Le lendemain, l'état de l'enfant s'est encore aggravé, la péritonite généralisée est manifeste et néanmoins ce n'est que le surlendemain, « malgré l'état désespéré de l'enfant », écrivent les auteurs, qu'on se décide à intervenir. Une laparotomie médiane sous-ombilicale (qui ouvre, pour commencer, une vessie distendue à l'extrême) donne issue à un pus fétide, jaunâtre, mêlé de gaz. On ne recherche pas le point de départ de la péritonite et on se borne à laver le péritoine à l'éther, puis à le drainer. Mort le soir même.

A l'autopsie, on découvre, à 50 cm. environ en amont de l'angle iléo-cæcal, un diverticule de Meckel, long de 3 cm. environ, épais de 1 cm., présentant à peu près en son milieu une perforation ovalaire de 3 mm. sur 2 mm. taillée comme à l'emporte-pièce. L'examen microscopique de la pièce révèle que la muqueuse diverticulaire présente des caractères histologiques tout à fait différents dans sa portion proximale (base) et dans sa portion distale (pointe) : tandis que dans la première elle a les caractères typiques de la muqueuse intestinale, dans sa portion distale elle affecte la structure de la muqueuse gastrique. On sait que cette disposition a été constatée avec une constance remarquable dans tous les diverticules de Meckel examinés, sans qu'on ait pu d'ailleurs en donner une explication satisfaisante. Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans tous les cas d'ulcères du diverticule de Meckel — et celui de H. et H. ne fait pas exception à la règle — l'ulcère siégeait toujours *à la limite des deux muqueuses*, en territoire intestinal de préférence, mais immédiatement au contact de la muqueuse de type gastrique. Cet ulcère serait le résultat du contact du suc gastrique sécrété par celle-ci avec la muqueuse intestinale non protégée : il s'agirait donc d'un véritable *ulcère peptique*.

Et néanmoins on ne connaît guère plus d'une demi-douzaine de cas d'ulcères du diverticule de Meckel, tous accompagnés d'hémorragies d'abondance et de caractères variables. La plupart de ces ulcères (5 sur 7) se sont perforés en péritoine libre : seul celui observé par Guibal a donné lieu à un abcès circonscrit dans l'épaisseur du mésentère; c'est aussi le seul ulcère calleux observé.

Donc, cliniquement, *hémorragies* et *perforations* constituent les caractères essentiels de l'ulcère du diverticule de Meckel. Aussi l'apparition d'hémorragies intestinales chez un nourrisson, en l'absence de tout signe d'entérite et lorsqu'on peut également éliminer une invagination, doit-elle faire songer à la possibilité d'un ulcère du diverticule de Meckel. L'apparition brusque, chez ce même nourrisson, des signes d'une péritonite généralisée, devra faire soupçonner la perforation de cet ulcère et imposer une laparotomie immédiate; on a le droit de s'étonner que H. et H. ne soient pas intervenus d'une façon plus précoce dans leur cas.

J. Dumont.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE L'AFRIQUE DU NORD

(Alger)

Lemaire et Jahier. ***Valeur comparée des méthodes de diagnostic biologique des kystes hydatiques*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, 3e sér., tome XXVIII, n° 5, Mai 1924). — Les auteurs ont eu l'occasion d'essayer l'intradermo-réaction de Casoni dans 18 cas de kystes hydatiques ou de tumeurs pouvant en imposer cliniquement pour des kystes hydatiques. Dans la plupart de ces cas, ils ont appliqué comparativement d'autres méthodes d'examen du sang. Ils publient deux tableaux en regard les uns des autres où sont consignés les résultats de ces différents examens.

En parcourant ces tableaux, on voit que l'intradermo-réaction s'est montrée positive dans tous les cas de kystes hydatiques vérifiés (6) et qu'elle s'est montrée négative dans tous les cas où il n'y avait pas de kyste hydatique; dans 4 cas sur 6, la réaction positive a été la seule indication biologique, les autres réactions et l'éosinophilie faisant défaut. On voit donc qu'il est nécessaire de pratiquer cette réaction chaque fois qu'il y a soupçon de kyste hydatique.

Rappelons que la réaction s'opère de façon fort simple. Il suffit d'avoir une aiguille courte et fine, afin de pousser 1 à 2 dixièmes de ce liquide hydatique dans le derme, et non sous la peau. Quelques minutes après, on note une rougeur qui s'étend et acquiert les dimensions d'un centimètre environ. Le plus fréquemment on obtient une belle papule urticarienne, à bords nets et saillants. Quelquefois on détermine un œdème volumineux qui peut persister 1 à 2 jours. Si l'on n'a rien obtenu au bout d'une heure, on déclarera la réaction négative. L'observation doit donc être rapide et ne pas être différée au lendemain. Il est indispensable d'avoir un liquide aseptique et dont on aura vérifié le pouvoir antigénique.

J. Dumont.

IL MORGAGNI

(Naples)

N. Scalini. ***Le glaucome émotif*** (*Il Morgagni*, tome LXVI, n° 23, 8 Juin 1924). — Le glaucome apparaît de plus en plus, à la lumière des observations récentes, comme un syndrome lié à une sensibilité morbide du système organo-végétatif.

Mais le facteur psychique, déjà signalé dans les observations de de Wetker, de Graefe, Trousseau, Masselon, n'a jamais été considéré que comme une étiologie secondaire, tout au plus occasionnelle.

S. rapporte le cas d'une femme de 45 ans qui fut, à 2 années de distance, 2 fois reprise d'un syndrome de glaucome aigu, à la suite d'émotions violentes. La seconde observation relate l'apparition brusque du glaucome après un traumatisme.

Les auteurs ont tenté d'expliquer de semblables faits par une excitation des vaso-dilatateurs oculaires.

H. Lagrange a bien montré le rôle des glandes endocrines qui semble capital.

L'introduction dans la pathogénie du glaucome du double rôle du sympathique et des glandes endocrines donne une explication à la fois plus complète et plus plausible du glaucome émotif que toutes les théories jusqu'ici émises.

L. de Gennes.

Salvatore de Leo. ***Syndrome de Raynaud atypique et endartérite oblitérante*** (*Il Morgagni*, tome LXVI, n° 27, 6 Juillet 1924). — La maladie de Raynaud, d'abord décrite comme une pure névrose, indépendante de toute altération organique des systèmes nerveux ou vasculaire, apparaît de plus en plus comme un syndrome lié à des lésions anatomiques incontestables.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 21 ans, chez qui il a pu observer la succession régulière des 3 stades, syncopal, asphyxique et sphacélique, de la maladie de Raynaud.

Mais cette observation présente plusieurs traits particuliers : ce sont d'abord le début à la suite d'un traumatisme et l'asymétrie du syndrome, prédominant au membre supérieur droit. C'est ensuite l'absence complète du pouls radial et huméral du même côté, témoignant, d'après S. d'un processus d'endartérite oblitérante, substratum anatomique des phénomènes vaso-moteurs observés.

L'étiologie de ce syndrome reste obscure : la syphilis semble pouvoir être écartée par l'absence de tout stigmate clinique ou humoral et surtout par l'insuccès complet d'une cure iodo-mercurielle.

L. de Gennes.

PENSIERO MEDICO

(Milan)

A. Monselice. ***Stase cervico-faciale par pression du thorax*** (*Pensiero medico*, tome XIII, n° 18, 30 Juin 1924). — On connaît depuis longtemps le phénomène décrit par Morestin sous le nom de « masque ecchymotique », par Lejars sous le nom d' « infiltration ecchymotique de la face » et qui est dû à une pression violente et prolongée exercée sur la poitrine. M. en rapporte plusieurs observations en insistant sur les cas frustes où seul un gonflement palpébral a fait faire le diagnostic.

Les lésions cérébrales ou méningées sont rares anatomiquement malgré la tension veineuse considérable; il s'agit bien de stase vasculaire et non d'ecchymoses et d'infiltrations hémorragiques. Aussi la coloration redevient-elle progressivement normale sans prendre les teintes successives dues à la biligénie locale du sang épanché.

L. de Gennes.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

L. Schönbauer et H. Sternberg (de Vienne). ***La régénération totale de la rate*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 27, 3 Juillet 1924). — Le seul exemple bien établi, que nous possédions, de régénération complète d'un organe chez un vertébré adulte, est celui du cristallin chez les urodèles. On a prétendu également que, chez l'animal comme l'homme, la splénectomie pouvait être suivie de régénération de la rate, ou de l'apparition de rates supplémentaires, ou du moins d'une hyperplasie des autres parties du système réticulo-endothélial (foie, moelle osseuse, ganglions lymphatiques, follicules clos). Mais les causes d'erreur sont nombreuses, il ne faut pas prendre pour des rates régénérées de simples nodules inflammatoires, ou des rates accessoires (qui sont fréquentes en particulier chez les rongeurs utilisés dans les laboratoires), ou des ganglions hémolymphatiques. S. et S., sous la direction de Fischel, ont repris l'étude de cette question qui met en cause les lois de la spécificité cellulaire. Ils ont tout d'abord montré que, chez les urodèles (10 salamandres et 25 tritons), la splénectomie totale n'était jamais suivie de régénération de la rate, même au bout de 8 mois. Or les urodèles sont de bons animaux d'expérience à cet égard, puisque leur aptitude à la régénération est considérable, et que, d'autre part, ils n'ont jamais de rate accessoire. Chez les autres animaux (lapins, rats, chiens), il n'y a pas davantage régénération, mais les rates accessoires peuvent en donner l'illusion; les autres parties du système réticulo-endothélial ne subissent aucune hyperplasie. Enfin, chez deux chiens, la réimplantation dans le péritoine de fragments de la rate enlevée aboutit à la survie des greffons, mais à leur disparition tardive et progressive. S. et S. décrivent les divers stades de leur résorption tels qu'on peut les suivre à l'examen histologique. Ils terminent leur article par un index bibliographique.

J. Mouzon.

Josef Sahler (de Vienne). ***Les oscillations cycliques, d'origine endocrinienne, du chiffre des globules rouges*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 27, 3 Juillet 1924). — Le cycle menstruel s'accompagne-t-il, chez la femme, d'oscillations cycliques, synchrones de la pression sanguine, de la coagulation sanguine, du chiffre des globules rouges et des globules blancs? S., avec Pötzl, puis seul, s'est attaché à établir la courbe des globules

pendant les règles et dans la période intermenstruelle chez un certain nombre de femmes bien réglées. Ils ont observé toujours une courbe caractéristique : crochet ascensionnel brusque et ample (jusqu'à un million et demi), de 2 à 4 jours, quelquefois 6 ou 8 jours avant le début de l'hémorragie menstruelle, puis chute marquée et rapide immédiatement avant les règles, ou au début des règles ; enfin nouveau crochet ascensionnel, beaucoup moins élevé, après la fin de l'hémorragie. La dernière partie de la courbe répond aux variations qu'avaient décrites M. Carnot et Mlle Deflandre. Pfeiffer et Hoff ont décrit une courbe des plaquettes, analogue à celle des globules rouges avant et pendant la menstruation. Mais les oscillations sont plus amples encore, puisqu'on pourrait assister à des chutes des plaquettes de 470.000 à 70 000 ou même 50.000, fait d'ailleurs non retrouvé par N. C. Louros.

S. établit une relation entre ces oscillations cycliques du chiffre des hématies, — dont le rythme est synchrone de celui des règles, — et l'évolution du corps jaune. Chez la fille prépubère, de grandes oscillations se retrouvent dans le chiffre des hématies, mais ces oscillations ne présentent aucune irrégularité : le rythme apparaît avec les règles. Après la ménopause, au contraire, les oscillations sont faibles et irrégulières. Chez une aménorrhéique, traitée par l'opothérapie, les oscillations sanguines régulières ont refait leur apparition plusieurs mois avant les hémorragies utérines qu'elles annonçaient. Chez les tuberculeuses aménorrhéiques, ches les infantiles aménorrhéiques, dans les derniers mois de la grossesse, enfin chez l'homme, les variations du chiffre des globules rouges sont minimes et dénuées de tout rythme régulier.

Si l'évolution périodique du corps jaune apparaît toujours associée à ces oscillations sanguines, on peut d'ailleurs se demander si elle n'est pas ellemême commandée par d'autres systèmes endocriniens, ou par la région infundibulo-hypophysaire.

J. Mouzon.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

(*Cracovie*)

E. Stefek (de Lwow). ***Adrénaline comme moyen de diagnostic des tumeurs de l'abdomen*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome III, nos 12-13, 1924). — Chez un sujet bien portant, l'injection sous-cutanée de chlorhydrate d'adrénaline, à la dose de 3/4 à 1 milligr., provoque une augmentation du taux des leucocytes dans le sang périphérique, augmentation qui atteint son maximum 15 à 20 minutes après l'injection. Si l'on examine le sang à des intervalles de 10 à 15 minutes en l'espace d'environ 2 heures, on constate que l'on peut distinguer, dans les effets de l'adrénaline, deux périodes : pendant la première, qui dure jusqu'à 45 minutes, il y a leucocytose avec prédominance des lymphocytes ; au cours de la seconde, qui dure une heure environ, il y a leucocytose avec prédominance surtout des neutrophiles.

Dans la leucocytose de la première période, on fait jouer un rôle important au facteur mécanique de contraction de la rate sous l'influence de l'adrénaline. Toutes les fois que la rate a conservé cette faculté de se contracter après injection d'adrénaline, on a ainsi une preuve évidente que la tuméfaction siégeant au-dessous du rebord costal gauche est constituée par la rate hypertrophiée. Mais il est des cas où, par suite du développement du tissu conjonctif ou néoplasique, cette faculté de contraction de la rate peut se trouver réduite au minimum : en pareille occurrence, l'examen du sang rendra des services inappréciables. Comme la prolifération du tissu conjonctif ou néoplasique aboutit, dans une mesure plus ou moins considérable, à la destruction des follicules lymphoïdes et que la contractilité de l'organe se trouve limitée seulement aux parties du tissu splénique non touchées par le processus, l'augmentation du nombre absolu des lymphocytes dans 1 millimètre cube de sang sera inférieure à ce qu'elle est dans les conditions normales.

Toutes les fois donc que, 1/4 d'heure environ après injection d'adrénaline (de 3/4 à 1 milligr. chez l'adulte, 1/2 milligr. chez les adolescents), on ne constate pas de changement dans la limite inférieure d'une tumeur de l'hypocondre gauche, l'examen du sang permet de décider si la tumeur en question est constituée par une lésion de la rate ou si elle a pour point de départ un des organes avoisinants.

Toute augmentation de plus de 2.200 du nombre absolu des lymphocytes dans 1 millimètre cube de sang est de nature à exclure l'origine splénique de la tumeur.

L. Cheinisse.

Z. Gorecki (de Varsovie). ***Procédé rapide de coloration des graisses par le Soudan III en clinique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome III, nos 20-21, 1er Juin 1924). — Après avoir rappelé les inconvénients du procédé de Naegeli pour l'examen du sang, de ceux de Cohn et de Christensen pour l'examen de l'urine, G. décrit son procédé personnel dont il se sert à la Clinique médicale universitaire de Varsovie, dirigée par le professeur A. Gluzinski, et qui permet d'obtenir, en l'espace de 3 minutes, des préparations de sang, de crachats, de sédiments urinaires, d'exsudats, de liquide céphalo-rachidien, de pus, etc.

Le procédé en question consiste, après avoir fait un frottis sur lame, à le sécher à l'air libre et à le fixer ensuite sur la flamme ; on verse alors sur la préparation une solution saturée de Soudan III dans de l'alcool à 70 pour 100 ; on chauffe en laissant l'alcool s'enflammer et, au bout de quelques secondes, on éteint la flamme en soufflant dessus. On lave rapidement la préparation avec de l'alcool à 30 pour 100, en répétant, au besoin, cette manipulation, après quoi on plonge la préparation dans une solution aqueuse de bleu de méthylène. Ensuite, on lave à l'eau, on sèche et l'on met sur la préparation une goutte d'huile de cèdre (préférable, en l'espèce, au xylol), pour dissoudre l'excès du colorant.

Sous le microscope, tous les éléments morphologiques se présentent colorés en bleu, les noyaux en bleu foncé ; la graisse, sous forme de boules plus ou moins grosses, en rouge orange, clair ou foncé.

Un procédé analogue peut être utilisé pour la coloration par des colorants autres que le Soudan III, notamment par le *Scharlach-Rot*.

L. Cheinisse.

L. Abramowicz (de Baranowicze). ***Un cas de rétention d'un calcul biliaire dans le duodénum*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome III, nos 20-21, 1er Juin 1924). — Le fait rapporté par A. a trait à une femme de 38 ans, atteinte, depuis 2 ans, de crises douloureuses localisées à l'épigastre et accompagnées de vomissements.

A l'examen, le foie dépassait d'environ deux travers de doigt le rebord costal, et, à la palpation, on percevait, dans la région de la vésicule biliaire, une tuméfaction dure, arrondie et peu mobile.

Cette dernière constatation pouvait plaider en faveur d'un néoplasme malin, mais le peu de sensibilité douloureuse à la pression, l'accroissement très lent de la tuméfaction et l'absence, après 2 ans, de toute cachexie cancéreuse permettaient de rejeter cette hypothèse et de supposer que la tuméfaction correspondait simplement à la vésicule biliaire remplie de calculs. Le diagnostic de cholélithiase paraissait, en effet, le plus probable, l'examen du chimisme gastrique et le résultat négatif de la recherche du sang dans les selles permettant d'exclure l'idée d'un ulcère de l'estomac.

On pratiqua la laparotomie, qui montra le fond de la vésicule biliaire fortement adhérent au duodénum et, en partie, au pylore, lequel ne présentait, d'ailleurs, aucune lésion appréciable. Après avoir sectionné les adhérences, on introduisit le doigt jusqu'à l'hiatus de Winslow ; l'exploration ainsi faite des voies biliaires les montra libres de toute concrétion. Par contre, on constata la présence d'un calcul dans le duodénum. On fit sur la paroi antérieure de celui-ci une incision de 7 cm. de long et l'on put retirer le calcul, qui était couché sur la paroi postéro-inférieure du duodénum, enfoncé dans la muqueuse et, en partie, recouvert par elle aux bords.

Il s'agissait d'un calcul cholestérinique mesurant 5 cm. de pourtour.

Les concrétions biliaires, emprisonnées dans le duodénum, y trouvent donc des conditions favorables à leur accroissement ultérieur et peuvent atteindre des dimensions considérables.

L. Cheinisse.

ARCHIVES OF SURGERY

(*Chicago*)

C. E. Dowman et M. Hoke. ***Le traitement de la paralysie spasmodique*** (*Archives of Surgery*, tome IX, nº 1, Juillet 1924). — L'étude de 132 cas amène D. et H. aux conclusions générales suivantes : au point de vue étiologique, il faut reconnaître 3 ordres de causes, selon qu'elles agissent avant, pendant ou après la naissance.

Dans le premier groupe (causes prénatales, 36 cas), D. et H. relèvent 16 fois la syphilis, 8 fois l'hydrocéphalie, 5 fois la microcéphalie, 4 fois l'encéphaloméningite, 2 fois un traumatisme maternel. Le deuxième groupe (accidents au cours de l'accouchement) comprend 29 cas. Enfin 37 fois, il s'agit de causes post-natales, savoir : 18 fois une maladie fébrile suivie de paralysie, 16 fois des convulsions suivies d'hémiplégie, 3 fois une méningite. Dans 32 cas enfin, l'étiologie n'a pu être précisée.

Au point de vue anatomique, il est capital de distinguer également 3 types : pyramidal, extra-pyramidal et mixte, selon qu'il s'agit d'une lésion de la voie motrice, des noyaux lenticulo-striés ou des deux. Le premier type, essentiellement caractérisé au point de vue clinique par des phénomènes de spasticité musculaire localisés à des groupes variés (mono-, di-, hémi- ou paraplégie), par un clonus du pied et un Babinski net, représente le cas essentiellement favorable pour le traitement que préconisent D. et H.

Les paralysies d'origine extra-pyramidale s'en distingueront par l'inconstance des spasmes qu'il faut provoquer, l'incoordination des mouvements, les phénomènes athétosiques, l'absence de Babinski, etc. Le type mixte est une combinaison des deux.

Dans l'ensemble, on relève sur les 132 cas étudiés : 84 cas de type pyramidal, 37 de type extra-pyramidal et 15 mixtes.

Le traitement comprend essentiellement la section des nerfs correspondant aux muscles contracturés. D. et H. donnent tous les détails techniques de ces différentes neurectomies. Les redressements nécessaires sont alors pratiqués et maintenus par des moyens orthopédiques.

La physiothérapie s'ajoute enfin à l'orthopédie et à la neurectomie pour former un trépied thérapeutique complet. D. et H. donnent les observations détaillées de 18 malades ainsi traités avec d'excellents résultats. Mais ils insistent sur la nécessité d'opérer uniquement les paralysies d'origine pyramidale et d'attendre que les enfants aient au moins 4 ans.

M. Deniker.

Horrax. ***Arachnoïdite séreuse généralisée simulant une tumeur cérébelleuse. Traitement chirurgical et résultats éloignés*** (*Archives of Surgery*, tome IX, nº 1, Juillet 1924). — Lorsqu'on trépane la fosse cérébrale postérieure pour découvrir une tumeur du cervelet ou du nerf acoustique, il n'est pas rare de rencontrer au-dessus de la tumeur un volumineux kyste arachnoïdien ou des lésions d'arachnoïdite séreuse plus étendues, mal limitées, quelquefois généralisées. Or il existe un certain nombre de cas où ces lésions arachnoïdiennes sont seules en cause. Il n'existe aucune tumeur, bien que le tableau clinique soit sensiblement le même. L'évacuation de ces kystes arachnoïdiens suffit à faire disparaître les phénomènes de compression observés. Il s'agit là de faits très intéressants, car le pronostic est sensiblement plus favorable que dans les cas de tumeurs cérébelleuses ou ponto-cérébelleuses. H. en rapporte une série de 33 cas, opérés pour la plupart par Cushing. Les observations les plus typiques sont relatées en détail.

Chez ces 33 malades, on avait pensé à une tumeur du cervelet, qui n'existait chez aucun, comme on put s'en convaincre opératoirement ; 5 opérés moururent et dans 4 cas on put faire l'autopsie qui confirma pleinement l'existence d'une simple arachnoïdite séreuse formant une vaste poche liquide bombant dans la fosse cérébelleuse. Les 28 malades guéris sont opérés respectivement depuis 1 à 9 ans.

Dans le doute, il ne faut donc pas hésiter à opérer, car la simple évacuation de ces kystes arachnoïdiens amène dans la majorité des cas une disparition complète du symptôme de compression. L'abstention risque, d'autre part, de laisser passer une véritable tumeur encore très opérable, le diagnostic différentiel étant à peu près impossible. La ponction lombaire doit être rejetée, car elle n'apprend rien et risque de tuer le malade ; la décompression brusque peut, en effet, entraîner le coincement du cervelet dans le trou occipital.

Anatomiquement, il s'agit de simples lésions inflammatoires. L'arachnoïde est légèrement épaissie. L'étiologie est très obscure, sauf dans les cas succédant à une otite moyenne. La grippe a peut-être un rôle également, car 12 des cas rapportés ont été observés un an après l'épidémie de 1919.

M. Deniker.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

A.-C. Guillaume. ***La désintégration de la pression sanguine dans les vaisseaux : étude des courbes de pente de la tension sanguine dans l'ensemble de l'appareil circulatoire et application de ces courbes à l'étude des états morbides et au diagnostic*** (*Le Bulletin médical*, tome XXXVIII, n° 37, 3 et 6 Septembre 1924). — Il y a un siècle environ, Poiseuille formulait la loi suivante : « La pression moyenne est égale dans les différentes artères, et indépendante de la distance de ces artères par rapport au cœur ».

Il est possible aujourd'hui de mesurer en clinique la tension sanguine dans les différents segments du système circulatoire, et Starling a indiqué des chiffres correspondant à ces divers segments.

En ce qui concerne les grosses artères, la pression diastolique est infiniment plus stable que la pression systolique. Dans les moyennes artères, la pression sanguine n'est pas notablement plus basse que dans les grosses artères. La loi de Poiseuille est donc approximativement exacte pour les troncs artériels chirurgicalement importants (artères de gros et moyen calibre), qui sont des artères de fonction principalement élastique.

Dans les veines, la pression sanguine s'abaisse à mesure qu'on se rapproche du cœur. Dans les capillaires, la pression se rapproche de la pression veineuse : à l'entrée dans les capillaires, la pression sanguine serait de 15 à 20 mm. de mercure. Il faut en déduire que dans les petites artères, les artérioles et les artériolules, se produit un abaissement rapide de la tension sanguine, que, par conséquent, la loi de Poiseuille est complètement inexacte pour les petites artères, de texture et de fonction principalement musculaire, pour lesquelles on peut mesurer la tension notamment à l'aide du procédé de Gærtner, ou à l'aide de l'observation capillaroscopique (Guillaume). C'est à ce niveau que l'ondée pulsatile cardiaque subit une désintégration rapide de la pression sanguine.

A l'aide de ces diverses mesures, on peut établir des courbes de pente de la tension sanguine, qui sont applicables au diagnostic des troubles circulatoires et donnent en particulier de précieux renseignements dans certains états de spasmophilie vasculaire et dans les stases sanguines périphériques.

L. Rivet.

J. Gouin (de Brest). ***Traitement du lichen plan par la radiothérapie du sympathique vrai (région cervicale et lombo-sacrée)*** (*Le Bulletin médical*, tome XXXVIII, n° 38, 10 et 13 Septembre 1924). — Se basant sur 11 observations (dont 10 personnelles) relatées au cours de ce travail, G. conclut que les irradiations interscapulaires et lombo-sacrées paraissent présentement le meilleur traitement du lichen plan. Dans certaines autres dermatoses (urticaires, prurigo, érythème papuleux, etc.), elles peuvent également donner quelquefois de bons résultats si les glandes endocrines ne sont pas en cause.

Dans le lichen plan, l'irradiation est suivie d'une première phase, immédiate et subjective, dans les 24 heures suivantes, se traduisant par une crise de prurit intense comparable à une réaction d'Herxeimer, puis d'une deuxième phase, objective et tardive, de disparition des éléments.

Les résultats obtenus montrent bien la part prise par le sympathique dans les affections envisagées.

L. Rivet.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

L. Babonneix et L. Delherm. ***Maladie de Thomsen chez un enfant*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome IIIC, n° 57, 15 et 17 Juillet 1924). — B. et D. relatent l'observation d'un enfant de 14 ans, chez lequel l'affection a débuté progressivement et lentement dans l'enfance, caractérisée uniquement par des troubles moteurs portant sur la contraction volontaire, médiocre tant que le sujet n'est pas dérouillé, dégourdi, échauffé. La maladie présente un caractère familial. La réaction galvanotonique est très nette. Les troubles intellectuels font défaut. B. et D. insistent sur l'importance diagnostique de l'étude électrologique, qui a montré pour la plupart des muscles une contraction galvanotonique durable. L. Rivet.

A. Cretin. ***Etudes sur la calcification normale : le métabolisme du calcium; les phénomènes minéraux de la réparation des os fracturés*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome IIIC, n° 57, 15 et 17 Juillet 1924). — C. étudie d'abord le métabolisme du calcium chez l'escargot, les mollusques, puis chez les mammifères. Il montre que le processus de calcification des os est largement tributaire des éléments contenus dans les tissus périosseux.

C. a étudié l'évolution de fractures expérimentales faites sur la jambe chez des rongeurs et suivies de l'application immédiate d'un plâtre. L'os adulte peut en pareil cas recouvrer une vitalité suffisante pour réparer les dommages subis; les tissus périosseux ont un rôle chimique de premier plan dans la minéralisation des albumines osseuses, et l'os représente le lieu où se fait la réaction chimique terminale. Le tableau de la réparation d'une fracture est superposable dans ses grandes lignes au processus lent et progressif de la calcification normale de l'embryon.

C. a entrepris d'autres expériences destinées à mettre en évidence le rôle respectif des divers éléments chimiques dans l'évolution normale de la calcification et des fractures; il a procédé par injection ou ingestion de ces divers corps aux animaux en expérience. Il a observé dans ces conditions l'apparition durable quoique prématurée de l'os. Autrement dit, on raccourcit le stade de réparation, et telle fracture qui demande 40 jours pour guérir complètement peut se consolider en un temps beaucoup plus réduit. L. Rivet.

Prof. A. Cange et Renée Antoine (d'Alger). ***Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique et manifestations endocriniennes*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome IIIC, n° 75, 16 et 18 Septembre 1924). — C. et A. relatent l'observation d'une fille de 14 ans entachée de syphilis héréditaire. Son père a eu un chancre génital dans sa jeunesse; du côté maternel, nombreux avortements prétendus provoqués, polymortalité infantile; Bordet-Wassermann d'ailleurs négatif. La malade est atteinte d'un pied bot varus équin congénital. On constate chez elle des altérations dentaires, le développement de troubles endocriniens, la positivité du Bordet-Wassermann dans le sang, et enfin l'éclosion d'une kératite parenchymateuse unilatérale.

Sans doute la kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique est habituellement bilatérale, mais les deux yeux peuvent être atteints à un intervalle parfois assez long.

Parmi les troubles endocriniens, C. et A. relèvent chez leur malade les manifestations d'acrocyanose décrites par Maranon sous le nom de mains hypogénitales. C. et A. rattachent ces troubles endocriniens à l'hérédo-syphilis.

Puis ils discutent longuement l'importance du facteur luétique dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse : action directe ou indirecte du spirochète, ou même conséquence d'une atteinte spécifique de l'appareil endocrinien? L. Rivet.

REVUE DE MÉDECINE
(Paris)

André Tardieu. ***Intoxication aiguë par les uréides : véronalisme aigu*** (*Revue de Médecine*, tome XLI, n° 7, 1924). — Le véronal et tous les dérivés de la malonylurée peuvent déterminer des troubles toxiques identiques, allant de l'état ébrieux passager au plus profond coma. Les deux principes hypnogènes que renferme le véronal sont le groupe urée et le radical éthyl : ceci explique que son absorption détermine un léger coma, à la fois urémique et éthylique. T. montre l'extrême variabilité de la dose toxique et de la dose mortelle du véronal. Le plus souvent, la dose mortelle a été supérieure à 5 gr.

T. fait une étude clinique de l'intoxication aiguë par le véronal et fixe l'aspect des divers types de coma véronalique. Au cours du véronalisme aigu, subaigu ou chronique, on peut voir aussi des exanthèmes prurigineux, des troubles urinaires, de la dysarthrie, du nystagmus, de la diplopie. L'état des pupilles ne présente rien de caractéristique et paraît simplement fonction de la gravité et de l'intensité de l'état comateux.

T. précise les éléments du diagnostic et expose les procédés destinés à mettre en évidence et à doser le véronal dans l'urine et le sang.

Les principaux facteurs de gravité sont : la profondeur du coma (les cas de carus, comportant la paralysie des muscles respiratoires et fréquemment le Cheyne-Stokes sont en général mortels); les complications pulmonaires et cardio-vasculaires ; la survenue, au cours du coma ou dans les jours qui suivent, de l'hématoporphyrinurie et de la néphrite hémorragique aiguë. L'état constitutionnel antérieur du sujet et surtout des altérations organiques ou fonctionnelles du foie se rencontrent dans presque tous les cas à issue fatale.

L'intoxication aiguë par le véronal est due presque toujours à une tentative d'empoisonnement-suicide. A noter que les pharmaciens peuvent délivrer le véronal sans ordonnance, ce qui explique le nombre croissant des empoisonnements par ce médicament.

L. Rivet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

R. Demanche et L. Guenot. ***Valeur de la floculation comparée aux autres méthodes sérologiques pour le diagnostic et le pronostic de la syphilis*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XXXVIII, n° 7, Juillet 1924). — Dans ce travail très documenté, fait dans le service de L. Fournier, D. et G. arrivent aux conclusions suivantes :

La mesure pondérale de la floculation pratiquée avec la technique rigoureuse et l'instrumentation de Vernes est une méthode simple, facile à exécuter, permettant d'examiner en série un grand nombre de sérums. Elle donne dans tous les cas, même avec les sérums anticomplémentaires, des résultats précis, concordants entre différents laboratoires pour un même sérum et comparables entre eux pour un même malade. Elle est pratiquement spécifique, et D. et G. n'ont jamais constaté, la lèpre mise à part, de résultats positifs en dehors de la syphilis.

Au point de vue de la valeur diagnostique, elle est nettement inférieure aux méthodes classiques, au Wassermann dont elle se rapproche et surtout à la réaction de Hecht. S'il est, en effet, de règle de la trouver plus ou moins fortement positive dans la syphilis en pleine activité, pendant la période secondaire par exemple, elle est fréquemment négative à la période primaire, ou bien au cours des syphilis latentes, ou encore dans les syphilis traitées, alors que le Hecht et même le Wassermann sont déjà ou encore fortement positifs.

Cette infériorité est due à un défaut de sensibilité de la réaction de floculation aux premières modifications sériques, soit lorsque celles-ci commencent à apparaître au début de la syphilis, soit lorsqu'elles tendent à s'effacer sous l'influence du temps ou du traitement. Le seuil de la positivité est notablement plus élevé pour elle que pour les autres réactions. C'est à ce défaut de sensibilité et non pas à un vice de principe que D. et G. rapportent les erreurs qu'ils ont constatées et qui sont, pensent-ils, celles qui ont été signalées déjà à son passif.

Il n'en reste pas moins que la réaction de floculation est un guide insuffisant et parfois infidèle, aussi bien pour l'établissement du diagnostic que pour le contrôle du traitement. Loin de pouvoir remplacer les méthodes classiques, elle est moins sensible qu'elles, et ne doit être employée que concurremment avec elles.

Par contre, dans la zone de positivité, elle offre l'avantage de posséder un champ d'observation très étendu et de distinguer toute une série de degrés entre les sérums positifs. Elle permet ainsi de reconnaître de façon précise et dès son stade initial l'action du traitement.

Mais ce serait une erreur de croire que la mesure pondérale de la floculation puisse servir à mesurer l'infection syphilitique. Malgré son apparence mathématique, elle ne constitue nullement une méthode

de syphilimétrie. L'abondance de la floculation n'est en rapport direct ni avec l'intensité des lésions actuelles dans la syphilis en évolution, ni avec la gravité des antécédents dans les syphilis latentes. Pas plus que les méthodes classiques de séro-diagnostic, la réaction de floculation n'est capable d'exprimer à elle seule l'état réel des malades. Nous ne savons pas exactement quelles relations existent entre l'intensité de l'infection syphilitique et les modifications sanguines que décèlent les épreuves sérologiques. Celles-ci apportent à la clinique un complément d'informations : elles ne sauraient la supplanter. L. Rivet.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica]

(Rome)

C. Bonetti. ***La valeur pronostique de la constante d'Ambard et de la réaction à la phénolphtaléine dans la chirurgie du rein et de la prostate*** (*Il Policlinico* [*sezione chirurgica*], tome XXXI, fasc. 8, 15 Août 1924). — Cette étude est basée sur 950 réactions d'Ambard chez 610 malades dont 491 ont été opérés, B. a étudié les points suivants :

Valeur comparée de la réaction d'Ambard et des autres procédés d'examen de la fonction rénale, particulièrement de l'épreuve de la phénolphtaléine;

Valeur pronostique de K;

Limite minima de K en rapport avec l'opérabilité.

1) La recherche de la constante est un moyen d'examen strictement scientifique et sujet rarement à des causes d'erreur; elle doit donc être pratiquée toujours avant toute opération pouvant compromettre la fonction rénale.

2) L'épreuve de la phénolphtaléine est un examen pour les urines totales de valeur simplement indicative; elle doit être pratiquée souvent, vu son extrême facilité, avant et en même temps que la constante d'Ambard ; toujours elle sera faite lorsque la constante ne pourra être recherchée.

3) Les deux procédés se contrôlent mutuellement dans leurs résultats et concourent à donner avec l'examen général un diagnostic presque toujours parfait de l'état réel de la fonction urinaire.

Olivieri.

RIVISTA OSPEDALIERA

(Rome)

G. Moreali. ***Sur un cas très rare de tétanos post-sérique*** (*Rivista ospedaliera*, tome XIV, n° 12, 30 Juin 1924). — Il s'agit d'une jeune fille qui fut blessée par une épine entrée sur la face interne de la phalangette du pouce; aucun pansement ne fut fait. 4 jours après, la plaie rougit, devint douloureuse; une incision pratiquée ne donna issue à aucun abcès. Un mois après apparut un léger trismus avec dysphagie et raideur du cou ; ces signes disparurent après une semaine d'injections quotidiennes de sérum antitétanique. La plaie ne se refermant pas, la malade fut conduite à l'hôpital avec le diagnostic d'ostéo-périostite; on fit des injections de sérum antitétanique, des cautérisations au nitrate d'argent, mais il n'y eut aucune modification. Des douleurs apparurent le long de la face interne du pied et de la jambe; très violentes, elles s'accompagnaient de réflexes exagérés. Un examen bactériologique ne montra pas de bacilles de Nicolaier. On procéda à la désarticulation du pouce avec lambeau plantaire. La température s'éleva aussitôt avec lymphangite très étendue. La plaie se désunit et devint nécrotique pendant que les douleurs s'accentuaient. Puis reparurent le trismus et la dysphagie ; malgré les injections très intenses de sérum antitétanique, une violente contraction tonique générale se produisit avec perte de la conscience et la mort survint par paralysie cardiaque. L'examen bactériologique, fait avec des débris prélevés après la mort, montra la présence du bacille tétanique. La mort survint 2 mois 1/2 après la blessure.

Deux faits ont frappé M. dans cette observation :

1° La récidive, qui paraît devoir être attribuée à l'acte opératoire transformant un tétanos local fruste en un tétanos généralisé ;

2° La symptomatologie pseudo-épileptique observée après l'opération; pour M., il y a eu intoxication du noyau du vague.

En somme, il faut toujours faire une sérothérapie intensive dans tous les cas suspects de tétanos à syndrome fruste, surtout s'ils ont été traités par la voie thérapeutique ou prophylactique. Olivieri.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

A. Schlossmann. ***Sur l'abstention des interventions opératoires (trachéotomie et tubage) dans le traitement du croup*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome L, n° 28, 11 Juillet 1924). — Après avoir rendu justice à l'œuvre de Bretonneau, père de la trachéotomie qui a sauvé la vie à tant d'enfants, S. s'élève contre l'abus qu'on fait des interventions opératoires dans le traitement du croup. Aujourd'hui que l'on possède dans le sérum antidiphtérique une arme si efficace et que la diphtérie n'est plus vraiment une maladie redoutable que chez les enfants en bas âge dénués de toute immunité, l'intervention à outrance doit faire place dans le traitement du croup à une thérapeutique plus rationnelle. A la faveur de l'action de l'antitoxine injectée à dose suffisante, on peut arriver à éviter dans la plupart des cas l'intervention en employant des médicaments capables de diminuer l'agitation, l'angoisse et l'excitation de l'enfant et de calmer ainsi la soif d'air.

S. procède de la façon suivante : dès l'admission de l'enfant, le sérum est injecté et on lui donne des calmants et des narcotiques à dose suffisante pour obtenir une action rapide et marquée. Il utilise surtout la narcophine en injections sous-cutanées et lui associe au besoin les lavements de chloral. L'enfant qui s'est calmé s'endort ; on le transporte à l'abri de toute cause d'excitation en plein air, quelle que soit la température extérieure, en ayant soin de le réchauffer au moyen de bouillottes d'eau chaude ; le sommeil devient ainsi plus profond ; l'action de l'air est d'autant plus énergique qu'il est plus froid. Au bout de 12 à 24 heures de sommeil ou de somnolence, le danger est en général passé.

A en juger par la statistique de S., les résultats de cette thérapeutique sont des plus encourageants : alors que de 1909 à 1919, tous les cas de croup étaient opérés et présentaient une mortalité de 32 pour 100, de 1920 à 1923, sur 128 cas de croup 28 pour 100 seulement furent soumis à une intervention opératoire avec une mortalité de 53 pour 100 (il s'agissait presque toujours de malades dans un état d'asphyxie très avancée) et 72 pour 100 qui auraient été sûrement opérés avant cette période ne le furent pas et ne donnèrent que 12 pour 100 de décès. Ces résultats ont conduit S. à accentuer d'année en année son attitude d'expectative.

Rappelons que divers cliniciens français ont déjà recommandé les narcotiques dans le traitement du croup; Triboulet, en particulier, a préconisé les injections de morphine. P.-L. Marie.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

W. I. Gerrard. ***Recherche des ictères latents au cours du traitement par les arsénobenzols*** (*The British medical Journal*, n° 3319, 9 Août 1924). — On peut distinguer 3 sortes d'ictères au cours de l'arsénothérapie : les ictères précoces, les ictères tardifs, l'atrophie jaune aiguë du foie. Sur 900 malades traités par G., 42 ont fait de l'ictère, dont 12 légers, 28 assez sévères et 2 mortels.

Pour apprécier le fonctionnement hépatique, G. a eu recours à la méthode de Van den Bergh, qui est basée sur l'étude du taux de la bilirubine dans le sérum. Sur 370 malades traités par le novarsénobenzol pour syphilis récente ou ancienne, et examinés au point de vue hépatique par cette méthode, chez 281, le taux de la bilirubine, recherché avant le début du traitement, n'était nullement augmenté; chez 89, il était plus ou moins élevé. Parmi ces 89 malades, la plupart ont supporté le traitement sans incident, avec des augmentations plus ou moins considérables du taux de la bilirubine; chez plusieurs, ce taux s'est élevé jusqu'au triple de la valeur initiale, ce qui correspond à un ictère imminent; chez 4 d'entre eux, un ictère très net est apparu, et à ce moment le taux de la bilirubine du sérum était 4 fois plus élevé que normalement.

En utilisant des solutions de novarsénobenzol moins concentrées (0 gr. 45 pour 10 cmc au lieu de 0 gr. 45 pour 4 cmc), les augmentations de la bilirubine sont devenues beaucoup plus rares. De même, en donnant du glucose à titre préventif chez des malades dont le taux de bilirubine était élevé, on a évité l'apparition des accidents hépatiques.

L'épreuve de Van den Bergh est donc réellement intéressante; elle est utile au cours du traitement par l'arsénobenzol parce qu'elle permet de déceler une insuffisance hépatique dès le début; s'il y a lieu, on suspendra les injections, et ainsi on évitera l'ictère. En outre, c'est une méthode d'exploration du foie qui paraît supérieure à toutes les autres.

J. Rouillard.

May Mellanby, C. Lee Pattison et J. W. Proud. ***Influence du régime alimentaire sur le développement et l'extension de la carie dentaire chez les enfants*** (*The British medical Journal*, n° 3332, Août 1924). — Mellanby a montré que, chez les jeunes chiens, la structure des dents et leur implantation sur les mâchoires dépendent nettement du régime alimentaire suivi pendant la période de développement dentaire. Certains aliments favorisent la formation de dents bien calcifiées et régulièrement plantées; ce sont ceux qui contiennent des vitamines A en abondance (huile de foie de morue, graisses animales sauf le lard, lait, jaune d'œuf); d'autres aliments, les farines et en particulier la farine d'avoine, ont une influence défavorable.

De même l'action de la lumière, des rayons ultra-violets est favorable.

Observe-t-on des faits analogues chez les enfants, et quelles sont les relations du régime alimentaire et de la carie dentaire ? c'est ce qu'on a cherché à déterminer. Un 1er groupe de 9 enfants est soumis à un régime riche en vitamines A, sans farine d'avoine, qui favorise la calcification et met l'organisme en bon état de résistance vis-à-vis des infections. Un 2e groupe (10 enfants) est nourri avec une assez grande quantité de farine d'avoine, peu d'œufs, pas d'huile de foie de morue. Un 3e groupe (13 enfants) a le régime normal de l'hôpital, qui est intermédiaire aux deux précédents. Tous ces enfants ont un développement général assez comparable, mais la carie dentaire s'accentue ou apparaît avec une fréquence beaucoup plus grande dans les groupes 2 et 3.

La conclusion est donc que, pour que les enfants aient des dents saines et bien plantées, il leur faut des vitamines A et peu de farines, en particulier peu de farine d'avoine. J. Rouillard.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY

(Chicago)

W. Becker (de Rochester). ***Ostéose de la peau*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome X, n° 2, Août 1924). — B. rapporte l'observation d'une femme de 32 ans, présentant une plaque dure, contenant du tissu osseux, dans le cuir chevelu. La lésion survint il y a 14 ans, sans traumatisme antérieur. L'irritation mécanique avait amené une ulcération et la formation d'une croûte, et on avait retiré des particules ressemblant à de l'os. Autour de la lésion, la peau était atrophique et cicatricielle, et sur cette surface, les cheveux étaient clairsemés.

L'examen histologique de la plaque dure montra la présence d'îlots osseux véritables avec configuration lamellaire, périoste ou pseudo-périoste, cavités médullaires tapissées d'endothélium, canalicules. On ne trouva ni tissu calcifié, ni cartilage.

La malade présentant en outre une hypertrichose, un nævus kératosique plantaire et un nævus pigmentaire d'un doigt, B. pense que l'ostéose peut être considérée comme une formation nævique due à une inclusion fœtale ou à un atavisme phylogénétique.

Cette affection peut être confondue avec des plaques calcifiées. Le pronostic est bénin. Le traitement est chirurgical. R. Burnier.

Lisser (de San Francisco). ***Onychauxis chez un eunuchoïde*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome X, n° 2, Août 1924). — Un homme de 31 ans présenta il y a 11 ans un traumatisme des organes génitaux ; ses poils tombèrent, il devint apathique au point de vue physique et mental; il augmenta de 2 kilogr. et ses ongles s'hypertrophièrent.

Une amélioration passagère de ces troubles avait été obtenue à l'aide de la médication opothérapique : thyroïde, lobe antérieur de la pituitaire, testicule. Mais aucun de ces extraits n'avait amélioré l'onychauxis.

Cette malformation guérit par contre complètement à la suite d'implantations de fragments de testicule de bélier dans la paroi abdominale.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

Prof. H. Vaquez et E Bordet. ***Utilité des examens radioscopiques répétés au cours des affections cardio-vasculaires*** (*Paris médical*, tome XIV, n° 27, 5 Juillet 1924). — V. et B, montrent les services que peut rendre la radioscopie en cardiologie, quand on la pratique en série, à des intervalles plus ou moins espacés. Grâce à la comparaison des divers orthodiagrammes obtenus, on obtient des renseignements toujours utiles sur l'évolution des lésions anatomiques, soit que la radiologie confirme les données de la clinique, soit qu'elle les complète ou les infirme. A l'aide d'exemples judicieusement choisis, ils montrent avec quelle précision la radiologie ainsi mise en œuvre permet, lorsque les signes cliniques sont insuffisants, de connaître les réactions pariétales du cœur et de l'aorte et de prévoir, dans certains cas, des complications ou des aggravations imminentes. Aussi les orthodiagrammes fournissent-ils un appoint important pour apprécier l'opportunité du traitement et pour en suivre les effets.

Les examens radioscopiques en série, à intervalles plus ou moins éloignés, sont particulièrement précieux lorsqu'il s'agit de savoir si les augmentations de volume du cœur sont sous la dépendance de l'hypertrophie ou de la dilatation. L. RIVET.

Paul Ribierre et Edouard Pichon. ***Le rhumatisme cardiaque évolutif*** (*Paris medical*, tome XIV, n° 27, 5 Juillet 1924). — Plus encore que les déterminations articulaires, les inflammations cardiaques rhumatismales peuvent affecter une évolution prolongée, subaiguë ou chronique : ces cas méritent le nom de rhumatisme cardiaque évolutif, et R. et B. en donnent une remarquable étude d'ensemble, basée sur leurs observations personnelles.

L'étude analytique des manifestations cliniques montre qu'il s'agit d'une pancardite, dans laquelle l'élément myocardique est important : la dyspragie myocardique se révèle par des troubles extracardiaques, comme l'hépatomégalie douloureuse, l'oligurie, de légers œdèmes, de la dyspnée d'effort; localement, on peut noter de la douleur myocardistique, la cardiomégalie par défaillance du myocarde, l'assourdissement des bruits du cœur, des souffles variables, et des troubles du rythme cardiaque. L'infestation rhumatismale se décèle par une fièvre souvent modérée et des manifestations douloureuses articulaires ou péri-articulaires souvent fugaces.

R. et P. décrivent 3 types évolutifs :

1° Dans le *rhumatisme cardiaque d'emblée évolutif*, au bout de 3 ou 4 semaines de rhumatisme fébrile avec manifestations cardiaques, tout semble rentrer dans l'ordre, laissant une lésion orificielle constituée. En réalité, pendant des semaines et des mois se déroulent des poussées successives, qui finalement s'espacent, et le malade finit par sortir de cette hyposystolie inflammatoire pour rester porteur d'une cardiopathie cicatricielle ;

2° Dans la *cardite récurrente*, un sujet porteur, du fait d'une crise rhumatismale ancienne, d'une cardiopathie orificielle cicatricielle, fait, lors d'une nouvelle poussée rhumatismale, une nouvelle cardite aiguë;

3° Le *rhumatisme cardiaque secondairement évolutif* constitue la forme la plus sévère, évoluant en quelques semaines vers l'asystolie inflammatoire de Bard et la cachexie cardiaque; ces cas sont fréquents dans la seconde enfance.

R et P. précisent les caractères anatomo-pathologiques et indiquent les erreurs de diagnostic qu'il faut éviter, notamment la symphyse du péricarde, l'endocardite maligne prolongée, type Osler, l'endocardite subaiguë, type Vaquez-Lutembacher.

La connaissance de ces faits est importante en pratique, car, outre les médications cardiaques usuelles, ils relèvent du salicylate de soude. dont il importe de poursuivre longtemps l'administration, par cures mensuelles régulières. L. RIVET.

A. Dumas (de Lyon). ***Hypertension syphilitique solitaire*** (*Paris médical*, tome XIV, n° 27, 5 Juillet 1924). — L'infection syphilitique, par son affinité bien connue pour le système vasculaire, peut créer chez les jeunes sujets, à une période précoce de l'infection, un état hypertensif variable et curable, en relation avec une artérite syphilitique diffuse, sans que le rein et l'aorte soient spécialement en cause. A un âge plus avancé et à une période plus tardive de l'infection, l'artérite syphilitique arrivée à la phase de sclérose est devenue une véritable mésartérite hypertrophique, le cœur s'est hypertrophié aussi et il s'agit maintenant d'une hypertension stable sur laquelle le traitement est naturellement moins actif. Dans certains cas enfin, il s'agit, à ce stade avancé de la maladie, d'hypertension locale apparente par résistance de la paroi artérielle à l'écrasement, plutôt que d'hypertension générale vraie D relate des observations de ces divers types.

Quand chez un hypertendu la syphilis peut être mise en évidence, on n'attendra pas que des lésions rénales, aortiques ou néphro-aortiques soient apparues On instituera avec prudence un traitement mercuriel ou arsenical et ioduré combiné et l'on verra la tension s abaisser en même temps que disparaissent les signes fonctionnels. L. RIVET.

Pierre Millous. ***L'hépatite scléreuse atrophique ascitogène métasplénomégalique paludéenne*** (*Paris médical*, tome XIV, n° 33, 16 Août 1924) — Si parmi les syndromes de Banti, ce type morbide n'a pas été en France le type habituellement considéré, c'est que l'on voit peu, même dans nos colonies, de malades ayant dans leurs antécédents du paludisme chronique datant de la première enfance, ce qui est presque toujours la condition nécessaire à la production de cette entité morbide.

Cependant, elle a été nettement individualisée par Chauffard sous le nom de cirrhose atrophique métasplénomégalique paludéenne, si bien qu'il conviendrait de lui donner le nom de cirrhose de Chauffard.

Les cas en sont fréquents en Indo-Chine, chez les Annamites, infestés dès l'enfance, chez lesquels on a pu, dès cet âge, noter la splénomégalie, et qui n'ont pas été traités.

Avant de pratiquer la splénectomie, tant prônée dans la maladie de Banti, il faut en pareil cas mettre en œuvre un traitement quinique intensif, qui peut amener la guérison, même en période ascitique.

M. relate 6 observations personnelles à l'appui de cette description. L. RIVET.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST

Prof. H. Verger. ***Le syndrome bradykinétique*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 101e année, n° 17, 10 Septembre 1924). — Le syndrome bradykinétique a été ainsi dénommé en 1921 par Cruchet. Il consiste dans un caractère de lenteur dans le départ et l'exécution des mouvements volontaires, sans qu'il y ait paralysie à proprement parler, et sans aucun trouble de coordination.

V., dans une première leçon, reprend l'étude détaillée de ce syndrome, et, dans 2 autres leçons, reproduites également dans le même numéro du journal, il étudie le syndrome bradykinétique dans la maladie de Parkinson et le syndrome bradykinétique dans la cérébro-sclérose lacunaire progressive. Il montre les différences cliniques qui séparent les parkinsoniens qui tremblent des lacunaires atteints de troubles pseudo-bulbaires. L. RIVET.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Delobel et d'Halluin (Lille). ***Deux cas de rétrécissement de l'œsophage traités par l'électrolyse*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, tome XLII, n° 31, 3 Août 1924). — D. et H. croient devoir attirer l'attention sur un procédé de traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage auquel on ne songe pas assez, bien qu'il soit susceptible de donner de bons résultats dans des cas difficiles. Il s'agit de l'électrolyse cylindrique à laquelle on doit déjà tant de succès en matière de rétrécissement de l'urètre.

Rappelons que la méthode consiste à combiner la dilatation et l'action modificatrice de l'électricité. Le passage du courant facilite le cathétérisme et l'on compte, pour amener la guérison, sur l'action secondaire des produits mis en liberté au moment de l'électrolyse et qui modifient la composition du tissu cicatriciel.

La technique est des plus simples. Le malade s'assied sur une large électrode indifférente constituée par de grandes compresses mouillées réunies au pôle positif d'une source de courant continu, et la sonde, introduite au voisinage du rétrécissement, est, au contraire, reliée au pôle positif (D. et d H. emploient des olives de diamètre correspondant aux diverses sections de la filière Charrière, olives facilement amovibles, fixées sur une tige métallique servant de conducteur, parfaitement isolée grâce à un tube de caoutchouc ; le courant arrive ainsi seulement au voisinage du rétrécissement). Quand l'olive est en place, on fait passer progressivement le courant de façon à atteindre une intensité de 5 à 10 milliampères. Quand le rétrécissement est franchi, on ramène l'olive de façon à la faire agir au milieu du rétrécissement et on laisse passer le courant cinq minutes environ. On met ensuite le rhéostat au zéro, puis on recommence l'opération avec une olive d'un calibre supérieur. On peut ainsi passer 2 ou 3 numéros d'un calibre différent.

D. et d H. ont appliqué cette méthode à 2 cas de rétrécissements cicatriciels très serrés de l'œsophage (dans l'un des cas, il y avait un double rétrécissement, au niveau de la bouche œsophagienne et au niveau du cardia) consécutifs à l'ingestion de soude caustique. Les deux malades avaient subi antérieurement une gastrostomie pour assurer leur alimentation. Des tentatives de cathétérisme faites sous le contrôle œsophagoscopique avaient permis de pousser la dilatation jusqu'au n° 19 Charrière dans un cas, jusqu'au 15 seulement dans l'autre : il avait été impossible d'aller plus loin en raison des réactions douloureuses très vives accusées par les patients. La dilatation électrolytique fut alors entreprise. Continuée pendant un an dans un cas (rétrécissement double), elle permit d atteindre jusqu'au 38 Charrière; dès lors, le malade, dont la bouche de gastrostomie avait été fermée, s'alimenta à peu près normalement, regagna son poids initial et put reprendre ses occupations. Dans le second cas, au bout de 5 mois d'électrolyse, on réussit à atteindre le n° 35, la bouche de gastrostomie fut également refermée et le malade reprit du poids ; cependant, il s'alimente encore avec peine et ne peut prendre que des liquides, les bouillies elles mêmes ne passent pas : peut-être, étant donné les réflexes toujours violents du patient, s'agit-il là de troubles spasmodiques surajoutés ? J. DUMONT.

RIVISTA OSPEDALIERA (Rome)

R. Galante et M. Comelli. ***La tuberculose pulmonaire dans les blessures du thorax*** (*Rivista ospedaliera*, n° 13, 15 Juillet 1924). — Après avoir exposé et discuté l'opinion de nombreux auteurs qui ont étudié la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec les traumatismes, G. et C. aboutissent aux conclusions suivantes, tirées de leurs recherches personnelles chez 684 militaires, blessés du thorax :

1° La tuberculose pulmonaire dans les traumatismes du thorax est loin d'être rare, se rencontrant dans la proportion de 9,74 pour 100.

2° Elle est beaucoup plus fréquente dans les contusions (25,37 pour 100) que dans les plaies par armes à feu (8,10 pour 100); parmi cette dernière catégorie, le pourcentage atteint 13,15 pour 100 lorsque le traumatisme se complique de rétention d'un projectile.

3° Pour affirmer l'origine traumatique de la tuberculose, on doit tenir compte d'éléments multiples : date et circonstances du traumatisme, antécédents familiaux et personnels, localisation des lésions par rapport au siège de la blessure.

4° Comme on ne saurait exclure la préexistence possible de foyers tuberculeux latents ou éteints, il y a lieu de ne pas négliger l'examen des séquelles anatomiques et fonctionnelles fréquentes chez les blessés du thorax.

5° Ces séquelles, dues exclusivement au trauma-

tisme, peuvent, en diminuant la résistance de l'appareil respiratoire, favoriser le développement, même tardif, de la tuberculose pulmonaire.

Un index bibliographique termine cet article.

L. Cotoni.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Otto Stiner (de Berne). ***Le cancer et la question de ses relations avec le goitre endémique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 27, 3 Juillet 1924). — Bayard, Heinrich, Hunziker ont soutenu que l'hypothyroïdie du goitre endémique créait une prédisposition au cancer par sénescence anticipée. Hunziker a même avancé que la fréquence du goitre chez les recrues et la mortalité par cancer variaient en fonction l'une de l'autre dans les divers districts de Suisse. S. discute cette affirmation à l'aide de statistiques. Si l'on compare sur les cartes la fréquence des goitres et la mortalité par cancer, on constate que certaines régions, comme le Jura, n'ont presque pas de goitreux, et ont cependant beaucoup de cancéreux, alors que d'autres districts, comme ceux de Schwarzenbourg, de Konolfingen, de Berne, où les goitreux sont nombreux, ne sont pas particulièrement affligés par le cancer. Il n'y a donc pas de liaison directe entre le goitre et le cancer. Par contre, il faut reconnaître que, dans la Suisse centrale et nord-orientale, on trouve à la fois beaucoup de goitres et beaucoup de cancers. S pense que, dans ces régions, une mauvaise hygiène alimentaire peut intervenir pour prédisposer à la fois au goitre et au cancer. Il a vu (*La Presse Médicale*, analyse, p. 115), chez les animaux, un régime carencé provoquer, entre autres lésions, un véritable goitre et de grosses altérations des dents. Les caries dentaires ne joueraient-elles pas un rôle prédisposant à l'égard des cancers digestifs, et en particulier du cancer de l'estomac? Or ce sont justement les cancers digestifs dont la fréquence apparaît comme le plus variable d'un district à l'autre. Cancers de l'estomac, caries dentaires, goitres s'observent en nombre particulièrement grand dans les districts centraux et orientaux de Suisse. Les facteurs alimentaires, qui interviendraient en pareil cas, sont absolument distincts de la carence isolée, qui, d'après S., joue un rôle important, mais non exclusif, dans la pathogénie du goitre endémique.

J. Mouzon.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

M. Kirschner. ***De la désinfection des instruments chirurgicaux tranchants, et en particulier de l'insuffisance de la désinfection par l'alcool*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome L, n° 31, 1er Août 1924). — La désinfection des bistouris et des ciseaux par l'alcool qu'on a préconisée est très infidèle; récemment Ney et Trazy ont vu deux de leurs opérés succomber à une gangrène gazeuse due à des instruments stérilisés par ce procédé. Brüning a recommandé dernièrement pour éviter d'altérer le tranchant de ces instruments de les faire bouillir après chaque opération, puis, après aiguisage, de les plonger avant toute nouvelle intervention pendant une heure au moins dans une solution de valeur antiseptique éprouvée. Selon K., ce procédé de stérilisation est absolument incertain et la crainte d'altérer le tranchant des bistouris par l'ébullition est tout à fait chimérique si l'on observe certaines précautions : ne pas prolonger l'ébullition au delà de cinq minutes; ne pas employer d'eau trop riche en sels de chaux, de fer ou en carbonate de soude; à défaut d'eau convenable, utiliser de l'eau distillée; protéger le tranchant des instruments pendant l'ébullition, non avec l'enveloppement habituel dans l'ouate ou dans la gaze qui endommage le tranchant lorsqu'on en retire le bistouri, mais en employant un support spécial.

P.-L. Marie.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

M. H. Kuczynski, E. Brandt et J. Maschbitsch (d'Omsk, Sibérie). ***Recherches faites à Omsk sur l'étiologie du typhus exanthématique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 32, 5 Août 1924). — On sait que, pendant la guerre, K. a décrit, sous le nom de *fièvre de Volhynie*, une maladie rappelant le typhus et due à une *Rickettsia*, qui a été retrouvée chez les poux ayant vécu sur des malades atteints de cette fièvre. Par contre, au cours de leurs recherches poursuivies en Sibérie occidentale, K. et ses collaborateurs n'ont jamais noté cette infection des poux. Cliniquement, ils n'y ont, d'ailleurs, observé aucun cas susceptible d'être considéré comme appartenant à la fièvre de Volhynie.

D'autre part, ces recherches ont montré que les poux ayant vécu sur des typhiques étaient rarement infectés. Dans un cas, sur 25 poux, un seul se montra très faiblement infecté, tous les autres étant stériles. Dans un autre cas, les 8 poux cueillis dans les vêtements du malade furent tous stériles. Ces constatations vont à l'encontre de celles qui ont été faites pendant la guerre par K. lui-même. Mais elles cadrent bien avec l'observation clinique des médecins expérimentés, d'après lesquels le typhus exanthématique qui se rencontre aujourd'hui en Sibérie se présente tout autrement que celui qui y était si répandu pendant les années de famine, d'afflux de réfugiés et d'épidémies. Le typhus était alors de nature beaucoup plus contagieuse et comportait une mortalité notablement plus élevée.

Les conditions de nutrition du milieu semblent donc jouer un rôle décisif dans la manière dont se comporte le virus du typhus exanthématique.

Quant à l'agent pathogène en cause, les recherches de K., B. et M. confirment que c'est bien la *Rickettsia Prowazeki*.

L. Cheinisse.

S. Iwai et F. E. Löwy (de Vienne). ***Contribution à l'étude de l'hyperglycémie dans l'hypertension*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 32, 5 Août 1924). — D'après les recherches instituées par I. et L. dans le service du professeur Wenckebach, l'hypertension par néphrite chronique ne s'accompagnerait d'une hyperglycémie notable que lorsqu'il y a azotémie.

Pour ce qui est de l'hypertension pure, le taux du sucre sanguin, tant à jeun qu'après réaction alimentaire, est généralement normal, et cela précisément dans les cas d'hypertension très accusée et permanente.

Les exceptions à cette règle sont, le plus souvent, à mettre sur le compte de quelque complication.

L. Cheinisse.

ARCHIVOS LATINO-AMERICANOS DE PEDIATRIA

(Buenos Aires)

José M. Valdez fils (de Cordoba). ***Péritonite chronique exsudative, hypertrophie des ganglions mésentériques (carreau syphilitique) par syphilis héréditaire*** (*Archivos latino-americanos de Pediatria*, tome XVIII, nos 5-6, Mai-Juin 1924). — Lancereaux et Letulle ont donné la première description clinique et anatomo-pathologique de la péritonite par syphilis acquise et par syphilis héréditaire précoce. Castex a publié deux observations dues à une syphilis héréditaire tardive. Friedrich et Budoy ont publié des cas d'hypertrophie des ganglions mésentériques d'origine syphilitique, hypertrophie simulant une tumeur, mais de tels cas sont rares.

V a observé une fillette de 8 ans qui paraissait atteinte de péritonite tuberculeuse, mais ce diagnostic fut écarté en raison de l'absence de fièvre et des réactions négatives à la tuberculine On pensa à un néoplasme du mésentère et, à la suite d'une laparotomie exploratrice pratiquée par le professeur Alleude, on diagnostiqua tout d'abord un sarcome du mésentère avec péritonite de même nature.

L'ascite se reproduisant, on institua un traitement mercuriel au cyanurol qui donna les meilleurs résultats, faisant disparaître à la fois l'ascite et la tumeur. La réaction de Wassermann pratiquée dès le début de ce traitement fut trouvée positive.

G. Schreiber.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

W. S. Latzarus Barlow et J. H. Leeming. ***La durée du cancer, en dehors de toute intervention*** (*The British medical Journal*, n° 3320, 16 Août 1924). — Pour pouvoir établir des comparaisons, pour établir la valeur des thérapeutiques, il faut connaître la durée moyenne des cancers sur lesquels aucune intervention n'est pratiquée. B. et L. ont dépouillé les statistiques du Middlesex Hospital de 1883 à 1922.

Ils appellent durée naturelle du cancer la période qui s'écoule entre la date de l'apparition, fixée d'après les dires des malades, et la date de la mort. Dans les cas retenus. on n'a mis en œuvre aucune thérapeutique chirurgicale ou médicale, excepté des médications analgésiques ou anodines.

Les durées moyennes sont les suivantes : pour les cancers du sein 24 à 44 mois; pour l'utérus, 13 à 24 mois; pour la langue, 9 à 16 mois; pour le rectum, 9 à 25 mois.

Si l'on envisage l'influence du sexe et de l'âge des malades, on constate que plus le sujet est jeune lors de l'apparition du cancer, plus l'évolution de la maladie sera courte; d'autre part, la durée habituelle du cancer est plus longue chez la femme que chez l'homme.

Enfin, si l'on étudie comparativement les périodes de 1883 à 1902 et de 1903 à 1922, il semble que dans la 2e période la durée des cancers du sein et du rectum ait été un peu plus longue que dans la 1re période, tandis que pour les cancers de la langue et de l'intestin, la durée a été plus courte.

J. Rouillard.

E J. Foulds ***Splénectomie dans un cas d'ictère hémolytique non familial*** (*The British medical Journal*, n° 3320, 16 Août 1924). — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, atteinte, depuis l'âge de 4 ans, d'un ictère chronique d'intensité variable. Aucun antécédent familial intéressant. La malade ressent fréquemment des douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. La rate est grosse. Les urines contiennent de l'urobiline sans pigments biliaires La résistance globulaire est diminuée. Il y a 3 076 000 globules rouges; le taux de l'hémoglobine est de 52 pour 100. Le Wassermann est négatif.

A l'intervention, on note que la vésicule et le canal cystique contiennent des calculs pigmentaires petits et mous; on les enlève. La rate est extirpée sans difficulté.

Huit jours après, l'ictère a disparu; les hématies sont au nombre de 5 048 000; le taux de l'hémoglobine est à 78 pour 100. Sept mois après l'opération, la santé est parfaite.

Les coupes de la rate montrent une distension des sinus, une infiltration sanguine très accentuée périsinusale, des lésions congestives plutôt que des hémorragies.

J. Rouillard.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

R. Philip. ***Effets de la campagne antituberculeuse sur la diminution de la mortalité par tuberculose*** (*Edinburgh medical Journal*, tome XXXI, n° 9, Septembre 1924). — Pour avoir une idée juste des résultats de la lutte antituberculeuse, il ne faut pas se borner aux statistiques d'une institution isolée, hôpital, dispensaire ou sanatorium, ni à des observations limitées à 2 ou 3 ans, mais envisager les résultats de mesures plus générales et poursuivies pendant longtemps.

Pour être efficace, la lutte contre la tuberculose nécessite deux genres d'institutions : 1° des dispensaires antituberculeux, centres de diagnostic, d'observation, d'examens de laboratoire, de cure pour les cas peu graves, centres de recherches en ce qui concerne la façon de vivre des malades et la santé de leurs proches, enfin centres d'information et de propagande; 2° des établissements spécialisés : sanatoria, hôpitaux, écoles pour enfants tuberculeux, colonies de travail.

P. indique d'abord les grandes lignes de cette organisation en Angleterre et en Ecosse, puis il étudie les diverses phases de la lutte antituberculeuse depuis 50 ans.

Les statistiques qu'il publie montrent qu'il y a eu dans ces deux pays une diminution remarquable de la mortalité par tuberculose en général, et par tuberculose pulmonaire depuis 50 ans, et surtout dans les dernières années; la mortalité est 3 fois moindre en 1923 qu'en 1871.

On ne peut expliquer ce fait par un abaissement général de la morbidité et de la mortalité, car la diminution de la mortalité par tuberculose est de 70 pour 100, alors que, pour les autres maladies, elle n'est que de 40 pour 100.

J. Rouillard.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

R. Dupérié. ***Le syndrome de Raynaud chez le nourrisson*** (*Paris médical*, 14e année, n° 38, 20 Septembre 1924). — D. envisage le syndrome de Raynaud chez les enfants de moins de 2 ans, dont il a observé 5 cas La maladie est donc assez fréquente à cet âge.

La symptomatologie est à peu près identique à celle de l'adulte. Toutefois la douleur peut manquer. La gangrène peut être superficielle ou profonde, amenant alors des lésions irréparables.

Chez le nourrisson, la période de début de la gangrène est très douloureuse; mais la gangrène constituée, l'enfant ne manifeste guère de douleur. La gangrène est habituellement symétrique.

On note parfois de l'albuminurie; le syndrome de Raynaud est parfois associé à l'hémoglobinurie paroxystique; les crises de cyanose peuvent alterner avec des crises d'érythromélalgie.

Le diagnostic causal est souvent délicat: on a incriminé suivant les cas un état infectieux, des intoxications, l'hérédo-syphilis. Souvent l'enquête étiologique reste négative. Mais, dans la plupart des cas, on peut soupçonner une tare héréditaire ou congénitale du système nerveux.

Il est vraisemblable qu'un processus toxi-infectieux frappant les artérioles des extrémités est à la base de ces faits lorsqu'ils apparaissent après une maladie infectieuse ou une intoxication, et c'est probablement l'endartérite syphilitique des extrémités qui est responsable de l'apparition de la gangrène chez les hérédo-syphilitiques. Il ne faut pas négliger l'influence possible d'une hyperexcitabilité particulière du système sympathique, souvent en relation avec un trouble des glandes endocrines.

Chez le nourrisson, le syndrome de Raynaud est une affection grave et souvent mortelle. Si la syphilis est en cause, la médication spécifique peut donner des guérisons rapides. Sinon, on ne peut mettre en œuvre qu'un traitement symptomatique, qui ne diffère pas esssentiellement de ce qu'il est chez l'adulte.

L. Rivet.

Mouquin. ***Les altérations du sang au cours de la radiothérapie pénétrante*** (*Paris médical*, 14e année, n° 38, 20 Septembre 1924). — M. a repris cette étude en s'adressant surtout à des cancers de l'utérus traités par grandes séances d'un jour ou de 2 à 3 jours au maximum. Il a constaté des modifications sanguines très polymorphes.

Cependant, on rencontre à peu près constamment une anémie plus ou moins marquée, la diminution du nombre des hématies atteignant 200 000 à 1 500.000, mais elle se répare rapidement, en quelques jours, sans signes de régénération sanguine. Il a observé également une leucopénie pouvant durer des mois, et pouvant être précédée d'une courte phase de leucocytose; une polynucléose neutrophile relative, avec lymphopénie relative.

Si l'on compare ces modifications à celles que l'on a signalées autrefois avec les rayons mous, on voit qu'elles ne sont pas très dissemblables: il faut cependant remarquer que la leucopénie immédiate est beaucoup plus fréquente avec les rayons pénétrants; et, surtout, il faut insister sur l'importance et la durée de cette leucopénie, qui peut persister plusieurs mois, même après une seule irradiation à dose faible et portant sur un court segment du corps.

Avant de commencer le traitement, il y a lieu de s'assurer qu'il n'existe pas de grande anémie, car le sujet pourrait ne pas supporter la diminution du chiffre des hématies causée par les rayons. Et on ne pratiquera pas de nouvelle irradiation tant qu'il persiste une forte anémie ou une très forte leucopénie.

Au point de vue du pronostic, on considérera comme étant d'un bon pronostic l'apparition après irradiation d'une anémie légère et vite réparée et une absence de leucocytose ou une leucocytose faible suivies de leucopénie modérée et persistante, avec déviation à droite de la formule d'Arneth

On considérera au contraire comme d'un mauvais pronostic une leucocytose immédiate et croissante, ou une leucocytose très forte succédant à une courte phase de leucopénie. La leucopénie est grave si elle est progressive et atteint 2.000 ou même 1.500. La déviation de la formule polynucléaire vers la gauche est d'un mauvais pronostic.

Il importe de retenir que les altérations du sang causées par les rayons X n'atteignent jamais une gravité qui puisse mettre en danger la vie des malades ou constituer une contre-indication définitive à un nouveau traitement.

L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès, R. de Grailly et Ducasse (de Bordeaux). ***L'abcès rétro-splénique survenant au cours de la fièvre typhoïde*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome XLV, n° 32, 10 Août 1924). — Au cours de la fièvre typhoïde, on peut observer des processus suppuratifs dans toutes les régions de l'organisme: viscérales ou périviscérales, ganglionnaires, osseuses, musculaires, etc. Les abcès péri-spléniques ont été signalés pour la première fois par Griesinger en 1877; depuis, il ne semble pas qu'il en ait été publié d'autres cas dans la littérature. Leur interprétation est d'ailleurs difficile. Les auteurs bordelais ont eu l'occasion récemment d'en observer un cas et ils ont pu déterminer quel était l'agent de cette suppuration collectée dans la région rétro-splénique.

Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, atteinte de fièvre typhoïde grave à forme ataxo-adynamique et qui succomba avec des manifestations pulmonaires de l'ordre de la spléno-pneumonie. A l'autopsie, on découvrit, parmi d'autres lésions viscérales, une rate très augmentée de volume, diffluente, pulpeuse à la coupe et, derrière cette rate, indépendante d'elle, une collection purulente du volume d'un œuf de pigeon, bien limitée, contenant un pus crémeux et au voisinage duquel on ne trouva ni perforation de la capsule splénique, ni ganglion mésentérique décelable, ni foyer d'ostéite ou de myosite. L'examen bactériologique de ce pus révéla la présence de bacilles assez nombreux présentant tous les caractères morphologiques du bacille typhique.

Comment comprendre la pathogénie de cet abcès rétro-splénique, survenu au cours d'une fièvre typhoïde? S., G. et D. croient pouvoir en donner l'explication suivante:

La rate, augmentée de volume au cours de la fièvre typhoïde, est gorgée d'un sang riche en bacilles typhiques. C'est une rate de stase qui pèse sur les parties voisines et y provoque des troubles de circulation favorables à la fixation du bacille. On sait que les états typhoïdes sont des septicémies. Partout où se produit une stagnation du sang — physiologique comme dans le foie, la rate, les reins — ou pathologique (compression aboutissant à un état congestif), un barrage peut s'établir; l'abondance des germes, leur pullulation sont de nature à susciter un processus suppuratif. La région du tissu celluleux rétro-splénique où la rate hypertrophiée vient, pour ainsi dire, se coincer réalise ces conditions. L'abcès primitif de cette région, indépendamment de tout abcès de la rate et de tout foyer de suppuration de voisinage (osseux, musculaire, péritonitique, ganglionnaire), est peut-être plus fréquent qu'on ne croit: il suffirait de le rechercher plus attentivement aux autopsies.

J. Dumont.

Prof. J. Sabrazès. ***Réactions sériques de la plèvre*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome VL, n° 37, 14 Septembre 1924). — S. relate l'observation d'un épanchement pleural qui évolua comme une pleurésie au cours de réactions sériques cutanées et articulaires, quelques jours après un traitement sérothérapique intensif (210 cmc) dirigé contre une diphtérie à bacilles longs. Le liquide ne présentait pas de dépôt hématique; il était très peu fibrineux; il était de formule cytologique très composite; il n'a pas tuberculisé le cobaye. La malade a eu, peu après la pleurésie, en même temps que les réactions sériques, une poussée de néphrite aiguë avec des manifestations curieuses de chlorurémie à retentissement rétinien, alors qu'il n'existait pas d'œdème des membres, ni d'œdème de la face, ni aucun épanchement. La pleurésie ne paraît pas avoir été conditionnée par cette chlorurémie, car en pareil cas on observe généralement un épanchement bilatéral.

S. pense que cet épanchement survenu au moment de l'explosion des manifestations sériques doit être considéré comme une manifestation de la maladie sérique elle-même.

Cette pleurésie sérique s'est caractérisée cliniquement par sa curabilité après 3 petites ponctions, par la faible teneur du liquide en fibrine, par le caractère peu hématique de l'épanchement, la réaction de Rivalta positive, la formule cytologique panachée de lymphocytes, de polynucléaires neutrophiles, de monocytes-macrophages, de plasma-mastzellen.

S. pense que les réactions sériques des séreuses sont plus fréquentes qu'on ne croit, mais elles demandent à être recherchées à l'aide de ponctions exploratrices.

L. Rivet.

Henri Bonnin. ***Les lymphocytes dans la défense de l'organisme contre le cancer*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. VL, n° 38, 21 Septembre 1924). — Certains auteurs ont pensé qu'une lymphocytose péricancéreuse intense comportait un pronostic relativement favorable pour l'évolution d'une tumeur. Se bornant à l'étude de tumeurs épithéliales non ulcérées, ni infectées, ni irradiées, B. pense que ces lymphocytes locaux peuvent avoir une action fermentaire, mais qu'ils ne sont nullement les générateurs de l'évolution fibreuse qui accompagne les cancers à marche lente.

C'est dans les cas et aux points où l'activité néoplasique est le plus intense que la prolifération lymphocytique se manifeste, quand toutefois la rapidité d'évolution de la tumeur lui en laisse le temps: elle est donc une réaction très strictement locale, se produisant dans les lieux d'agression; elle mesure plutôt le degré d'agressivité locale du cancer que la vigueur défensive du terrain. Elle ne permet pas de présumer la bénignité relative de la tumeur, dont le pronostic ne peut se baser que sur la clinique et sur les caractères cytologiques des éléments cancéreux.

Dans les tumeurs, comme d'ailleurs dans les infections, lymphocytes et fibroblastes évoluent simultanément et sont mêlés, mais ceux-ci ne dérivent pas de ceux-là. On ne peut donc tirer aucune déduction de la lymphocytose initiale pour préjuger de la fibrose ultérieure.

La lymphocytose locale peut être une tentative de défense de l'organisme, mais il n'est pas d'exemple qu'une lymphocytose locale abondante ait jugulé le développement d'une tumeur Elle sera vite balayée par le processus néoplasique sans laisser de traces. Sa présence indique donc seulement qu'à l'endroit où on la rencontre se développe un processus d'irritation en activité et qu'il est assez lent pour permettre une réaction du stroma du type lymphocytaire, réaction de caractère très général, propre à toutes les infections et irritations lentes et chroniques.

Au point de vue thérapeutique, il n'y a pas à compter sur elle; sans doute, le respect et la stimulation du stroma sont à considérer, mais il faut surtout viser à la destruction des éléments néoplasiques, même aux dépens du stroma.

L. Rivet.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Prof. A. David et Ch. Happe. ***Sur la toxicité de l'iode. A propos d'une double tentative d'empoisonnement par la teinture d'iode*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, tome XXXXII, n° 37, 14 Septembre 1924). — D. et H. relatent les observations de deux jeunes gens qui tentèrent simultanément de se suicider en absorbant à jeun 30 gr. de teinture d'iode chacun, soit 2 gr. d'iode par personne Après des vomissements presque immédiats, on leur fit ingérer du lait et de l'eau amidonnée Trois jours après, les deux malades sortaient de l'hôpital complètement guéris.

La bénignité de ces 2 cas tient évidemment d'une part à l'évacuation immédiate par l'estomac d'une partie de son contenu, et d'autre part à la stabilisation du liquide résiduel, grâce à la présence d'iodure de potassium.

D. et H. rappellent les règles du traitement en pareil cas, visant à neutraliser l'iode et à vider l'estomac: administration immédiate de 3 à 6 gr. d'hypo-

ulfite de sodium cristallisé, dissons dans un demi-verre d'eau tiède, à prendre par gorgées, de façon à transformer l'iode en iodure de sodium inoffensif, et faire suivre l'ingestion de ce contre-poison d'une injection sous-cutanée de chlorhydrate d'apomorphine, qui facilite les vomissements et calme l'excitation anxieuse de la victime. L. Rivet.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Prof. L. Bard. ***Pathogénie, évolution et traitement de la forme idiopathique des dilatations bronchiques*** (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 108, 5 Juillet 1924.) — Les dilatations bronchiques présentent des formes multiples, les unes congénitales, les autres acquises; parmi les premières il y a lieu de mettre à part une forme idiopathique, tout à fait comparable aux dilatations idiopathiques des autres organes cavitaires ou tubulés. Les dilatations peuvent porter sur l'appareil bronchique ou sur le parenchyme alvéolaire, et c'est dans ce second cas qu'elles méritent le nom de maladie kystique du poumon.

Ce qui est congénital dans les dilatations, c'est une malformation tissulaire qui en conditionne l'apparition et le développement au cours de la vie, sans l'intervention de pressions anormales. Leur développement, lent et progressif, passe longtemps inaperçu, et ne cesse d'être latent que par l'apparition de poussées bronchitiques dont la répétition finit par créer des lésions inflammatoires secondaires.

L'évolution de cette forme est caractérisée par l'apparition des phénomènes par épisodes aigus, séparés par des périodes de disparition et de latence, qui s'opposent à l'installation d'emblée définitive des symptômes et des lésions des dilatations acquises.

La cyanose et les doigts hippocratiques n'appartiennent qu'aux cas dans lesquels les lésions, d'ailleurs étendues, s'accompagnent d'une dilatation parallèle des vaisseaux, qui maintient le passage du sang malgré la suppression de toute hématose dans les territoires atteints, disposition de laquelle résulte une forme périphérique particulière de mélange des deux sangs.

Par le fait même des différences dans la facilité d'évacuation des produits morbides qui résulte du siège des dilatations, celles des lobes inférieurs sont exposées à des complications plus précoces et plus tenaces que celles des lobes supérieurs. Le décubitus en position déclive, le bassin plus élevé que les épaules, réalise, dans la mesure du possible, le drainage spontané des dilatations des lobes inférieurs; il constitue par là un traitement susceptible de ralentir leur évolution, d'abréger la durée des complications, en même temps qu'il est le meilleur palliatif des suppurations invétérées. Sous l'influence du décubitus en position déclive, auquel les malades s'accoutument facilement, l'expectoration diminue rapidement d'abondance; elle se modifie et devient plus fluide; les progrès ultérieurs sont plus lents et dépendent beaucoup de l'ancienneté et de l'intensité des poussées en cause. L. Rivet.

A. Devic et J. Dechaume. ***Deux cas de cancer de la surrénale à symptomatologie cérébrale.*** (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 108, 5 Juillet 1924). — Parmi les formes cliniques anormales des cancers de la surrénale, il en est une caractérisée par des symptômes de tumeur cérébrale du type secondaire, avec ou sans signe de localisation, sans qu'on puisse d'ailleurs diagnostiquer l'organe siège du cancer primitif. La métastase cérébrale donne des troubles graves et souvent mortels avant que la tumeur primitive ait en le temps de donner des signes locaux ou des troubles endocriniens; aussi le diagnostic précis du cancer primitif ne peut-il guère être habituellement affirmé qu'à l'autopsie. Anatomiquement, il s'agit le plus souvent d'épithéliomas de la cortico-surrénale à métastases précoces, rapides, multiples, parmi lesquelles les généralisations encéphaliques dominent la scène clinique. D. et D. en relatent deux cas observés dans le service du professeur Roques et étudiés dans le laboratoire du professeur Paviot. Ils les rapprochent de quelques autres cas trouvés dans la littérature médicale.
L. Rivet.

Prof. J. Paviot. ***Des facteurs « solaire » et hépatique dans les dyspepsies; esquisse du type clinique adapté aux données physiologiques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, n° 109, 20 Juillet 1924). — On peut déjà aujourd'hui dégager en clinique un type qui, tenant compte des données physiologiques acquises sur le rôle du sympathique et du parasympathique vis-à-vis des glandes et organes dont ces nerfs règlent fonctions, sécrétions et motricité, réalise un complexus symptomatique organo-végétatif décelable plus ou moins facilement.

Le complexus clinique qui en ressort oblige à abandonner plusieurs anciennes rubriques ou syndromes, auxquels on avait attribué une valeur aujourd'hui périmée (gastro-entéroptose, hépatisme, gastro-entéronévrose, colite muco-membraneuse, etc.).

Une première difficulté à reconnaître ce type clinique tient au voisinage des points douloureux provoqués, épigastrique, solaire, vésiculaire et hépatique, et aux analogies des douleurs spontanées éprouvées par le sujet avec celles d'autres dyspepsies douloureuses.

Le retour par périodes du syndrome dyspeptique douloureux tardif ou du syndrome dyspeptique flatulent est un des caractères de ce type clinique hépato-solaire. L'amaigrissement disproportionné avec la réduction alimentaire est un signe précieux en même temps qu'il constitue un symptôme pouvant conduire à des erreurs contre lesquelles il faut être prévenu.

L'association du syndrome dyspeptique avec la dilatation gastrique, avec les troubles intestinaux (constipation, colite muco-membraneuse, diarrhée), montre qu'un lien commun les réunit, car ils peuvent se combiner et se substituer chez le même malade.

Les manifestations hépatiques vont depuis les crises douloureuses de congestion aiguë (trop facilement prises pour des coliques hépatiques par calcul) jusqu'aux équivalents des manifestations d'insuffisance fonctionnelle de formes diverses, considérés comme des « chocs » : migraine, urticaire, asthme, etc., jusqu'aux idiosyncrasies médicamenteuses et alimentaires. Toutes manifestations à rechercher chez ces malades et quelquefois longtemps avant dans leur vie ou même dans leur hérédité.

La thérapeutique de ces faits nécessite habituellement une double direction, hépatique et neuro-végétative. L. Rivet.

L. Bouchut. ***L'insuffisance pylorique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, n° 109, 20 Juillet 1924). — Les divers types d'insuffisance pylorique, absolue ou relative, sont bien connus depuis l'emploi de la radioscopie. Les causes sont multiples : lésions gastriques grossières, lésions nerveuses ou de voisinage; parfois on ne trouve aucune altération organique. C'est le tubage et surtout la radioscopie qui permettent le diagnostic.

La pathogénie est variable : destruction du sphincter, lésions périsphinctériennes gastriques ou extragastriques, troubles de l'innervation d'origine centrale ou périphérique. Aussi la valeur séméiologique demande-t-elle à être interprétée avec prudence.
L. Rivet.

J. Rebattu et A. Josserand. ***Le réflexe oculo-cardiaque, phénomène de compression bulbaire par hypertension passagère du liquide céphalo-rachidien*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, n° 110, 5 Août 1924). — Le réflexe oculo-cardiaque est habituellement considéré comme un réflexe dont la voie centripète serait le trijumeau, et la voie centrifuge le pneumogastrique, le centre étant constitué par les noyaux bulbaires. Ce réflexe est inconstant, nécessite un temps perdu considérable, ce qui le différencie des autres réflexes : aussi la dénomination de *phénomène oculo-cardiaque* paraît-elle préférable.

A l'aide de 11 observations, R. et J. montrent que dans ce phénomène il y a un parallélisme étroit entre le ralentissement du pouls et l'élévation de tension du liquide céphalo-rachidien. Cette hypertension apparaît à la seconde précise où le pouls se ralentit, avec le même temps perdu. Elle dure autant que le ralentissement, elle cesse avec lui; elle lui est, dans une certaine mesure, proportionnelle.

Ces constatations permettent de supposer que le noyau bulbaire du pneumogastrique est impressionné, non point par l'excitation du trijumeau, nerf de la sensibilité générale, mais par une compression passagère, mécanique, du liquide céphalo-rachidien, quel que soit le mécanisme intime de cette hypertension passagère du liquide céphalo-rachidien : refoulement du liquide dans la gaine du nerf optique, ou phénomène vaso-moteur d'ordre sympathique avec vaso-dilatation des plexus choroïdes.
L. Rivet.

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS
(Paris)

Prof. J.-A. Sicard et J. Forestier. ***Lumbago, lumbalgies, lumbarthries*** (*Le Journal médical français*, tome XIII, n° 7, Juillet 1924). — En séméiologie, il convient de préciser la variété et la nature du lumbago auquel on a affaire : lumbalgie, en cas d'algie simple sans organicité, ni trouble grave de la statique; lumbarthrie, en cas de localisation exclusive ou prédominante lombaire, d'altérations vertébrales ostéo-articulaires.

Le lumbago simple est le plus souvent une maladie du trou de conjugaison et la sciatique dite rhumatismale tire habituellement son origine de la même région.

Les lumbagos aigus peuvent se présenter sous deux formes : la crise de lumbago dit rhumatismal et la crise de lumbago tétaniforme.

Il y a lieu de considérer comme chroniques les formes de lumbago qui, au lieu de se calmer après la crise aiguë, persistent tantôt d'une manière absolument continue, tantôt évoluant par poussées successives pour la moindre cause occasionnelle : effort, fatigue, influence météorologique ou humorale, finissant par compromettre gravement l'activité des malades par la persistance de douleurs et la raideur vertébrale.

Il convient, en pareil cas, de demander des renseignements complémentaires à l'étude du liquide céphalo-rachidien et à la radiographie, simple ou après injection épidurale de lipiodol.

Enfin, on peut voir des lumbagos associés, et notamment le lumbo-sciatalgie; le plus souvent, l'étape lombaire précède dans le cycle évolutif l'étape sciatique. Les auteurs américains ont aussi mis en évidence l'association fréquente de troubles pathologiques du rachis lombaire et des articulations sacro-iliaques. Ces formes associées ont une évolution plus chronique et moins facilement influencée par la thérapeutique.

Parmi les traitements du lumbago aigu, S. et F. insistent sur les bons effets des injections locales intramusculaires faites dans un but de révulsion profonde; ils emploient dans ce but l'alcool antipyriné, et, si l'amélioration n'est pas franche après 2 ou 3 tentatives, ils emploient l'injection intramusculaire lombaire de lipiodol.

Dans les formes chroniques, ces moyens peuvent échouer. Il faut alors avoir recours à la physiothérapie, à la kinésithérapie, à l'hydrothérapie et à la crénothérapie. On peut également avoir recours aux injections épidurales lombaires de lipiodol. Et dans certaines formes se pose le problème de l'intervention chirurgicale (laminectomie lombaire sans ouverture de la dure-mère). L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

L. Bouchut et Bonafé (de Lyon). ***Des hypertrophies cardiaques primitives essentielles ou cryptogénétiques*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, tome XVII, n° 8, Août 1924). B. et B. estiment qu'il y a lieu d'ajouter à la liste connue des cardiopathies non valvulaires les hypertrophies cardiaques essentielles, primitives, cryptogénétiques, considérées comme de cause sanguine (infectieuse, toxique ou toxinique), par opposition aux hypertrophies secondaires d'origine mécanique. Elles réalisent des cardiopathies véritables, très graves, où la seule modification du cœur est son hypertrophie, souvent considérable, sans altérations microscopiquement décelables : il s'agit d'une véritable myocardite hypertrophique.

De même que l'on a séparé l'hypertension artérielle de sa cause rénale autrefois obligée, en décrivant l'hypertension primitive ou solitaire, de même l'hypertrophie cardiaque peut exister sans hypertension artérielle et évoluer même avec de l'hypotension.

A côté de formes pures d'hypertrophie cardiaque essentielle, il existe de nombreux types intermédiaires où les éléments mécaniques, toxiques ou infectieux s'associent pour créer l'hypertrophie.
L. Rivet.

GÉLOGASTRINE

Exposition Pasteur (Strasbourg 1923)
Médaille d'or.

PANSEMENT GASTRIQUE

GRANULÉ DE GELOSE GELATINE ET KAOLIN PURIFIÉ

GÉLOGASTRINE

DOSE
Une cuillerée à soupe le matin à jeûn, le soir avant de se coucher et au besoin au moment des crises douloureuses

HYPERCHLORHYDRIE ULCÈRE DE L'ESTOMAC

TRAITEMENT DE L'HYPERCHLORHYDRIE ET DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

La GÉLOGASTRINE *ne contient ni narcotiques, ni alcalins. Elle agit d'une manière purement physique par un mécanisme de protection*

Littérature et échantillons sur demande!

H. LICARDY. 38 Boul^{d} Bourdon – Neuilly
R C SEINE 204361

LABORATOIRE ALPH. BRUNOT

ESTOMAC

DYSPEPSIES – GASTRALGIES – HYPERCHLORHYDRIE
ULCÉRATIONS GASTRIQUES – FERMENTATIONS ACIDES

SEL DE HUNT

GRANULE FRIABLE

En raison de sa forme de granulé friable, le "SEL de HUNT" donne extemporanément, avec l'eau froide ou mieux tiède une dilution parfaitement homogène et réalise ainsi un véritable pansement de la muqueuse gastrique qu'il soustrait à toute action irritante pouvant provenir du contenu stomacal.

Grâce à sa composition et à son dosage le "SEL de HUNT" ne provoque jamais d'hypéracidité secondaire. Il calme rapidement les douleurs tout en régularisant la secrétion. Dépourvu de toute toxicité le "SEL de HUNT" ne détermine jamais d'accoutumance: il produit toujours les mêmes effets aux mêmes doses.

DIATHÈSE URIQUE – RHUMATISMES

Dialyl

GRANULE EFFERVESCENT
(HEXAMETHYLÈNE TÉTRAMINE ET LITHINE)

Le DIALYL, dissolvant de premier ordre et puissant éliminateur des déchets organiques, constitue un agent thérapeutique sans rival dans toutes les formes aiguës ou chroniques, directes ou indirectes de l'Arthritisme: URICÉMIE, AFFECTIONS RHUMATISMALES, GOUTTE AIGUE ET CHRONIQUE, LITHIASES HÉPATIQUE OU RÉNALE, MALADIES DE LA NUTRITION.

Echantillons pour Essais cliniques : LABORATOIRE ALPH. BRUNOT. 16, rue de Boulainvilliers, Paris (XVIe)
Reg. du Com. : Seine, 171.544.

Camille Lian et J. Haguenau. ***Les accidents cardio-vasculaires des néphrites aiguës*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, tome XVII, n° 8, Août 1924). — D'après 7 observations personnelles et un certain nombre de travaux récents, L. et H. insistent sur la fréquence relative ainsi que sur l'importance clinique et pathogénique des manifestations cardio-vasculaires des néphrites aiguës.

Parmi les éléments principaux du syndrome cardio-vasculaire, ils envisagent successivement : la pression artérielle, dont l'élévation est assez fréquente; la petite et la moyenne insuffisance cardiaque (cœur surmené des néphrites aiguës); la grande insuffisance cardiaque (cœur forcé des néphrites aiguës); la bradycardie légère de certaines néphrites aiguës, phénomène non mis en valeur jusqu'ici.

L. et H. insistent particulièrement sur l'hypertension artérielle, qui peut se manifester au cours d'une néphrite aiguë survenant chez un sujet jeune en état de bonne santé. Cette hypertension, lorsqu'elle existe, est en général légère, la Mx ne dépassant la normale que de 2 à 4 cm de Hg, la Mn de 1 à 2 cm. Exceptionnellement on peut observer une hypertension moyenne ou grande. Le plus souvent, elle diminue en même temps que les autres symptômes de la néphrite aiguë et la pression redevient normale. Mais, dans des cas rares, l'hypertension ne fait que diminuer sans disparaître; ou bien elle aboutit en diminuant à un chiffre normal fort : dans ces deux éventualités rares, elle tend à présenter de nouvelles recrudescences et à aboutir finalement à l'hypertension artérielle permanente. Les auteurs ont trouvé l'hypertension 6 fois sur 7 cas, alors que Ameuille et Tixier ne l'ont observée que dans 10 pour 100 des cas.

Par contre, dans les néphrites aiguës, l'hypotension est une véritable rareté : elle n'a été observée que dans des cas d'ictère grave où la néphrite aiguë n'est qu'un élément de l'ensemble symptomatique, et où la toxi-infection causale est d'une intensité considérable.

Au point de vue pathogénique, cette hypertension artérielle serait l'expression d'une perturbation endocrino-sympathique susceptible d'être provoquée : soit par une néphrite, soit, en l'absence d'une lésion rénale, par certains produits toxiniques ou toxiques, ou par certaines perturbations nerveuses directes ou réflexes, ou bien par ces deux ordres de mécanismes à la fois. L. Rivet.

Camille Lian et J. Haguenau. ***Les accidents cardio-vasculaires des néphrites aiguës*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, tome XVII, n° 9, Septembre 1924). — Dans ce second mémoire, L. et H. étudient les accidents cardiaques, qui, bien que moins fréquents au cours des néphrites aiguës que l'élévation de la tension artérielle, n'en ont pas moins un grand intérêt clinique et pathogénique.

Ils relatent d'abord un cas typique de *cœur surmené* des néphrites aiguës, qui réalise un syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche de degré léger ou moyen. Dans les cas de ce genre, la dyspnée d'effort est assez fréquente, le bruit de galop rare, le pseudo-asthme exceptionnel. La cause du bruit de galop gauche est alors celle de l'insuffisance ventriculaire gauche, et il n'est pas très rare de le constater en l'absence d'hypertension artérielle.

L. et H. relatent ensuite un cas de *cœur forcé* au cours d'une néphrite aiguë de l'adulte. Dans ces cas, le malade donne l'impression d'un asystolique. Mais on note souvent : l'absence d'antécédents cardiaques, la bouffissure de la face, des hématuries franches, l'absence de souffles, la présence d'un bruit de galop gauche, un pouls lent et régulier, l'hypertension artérielle de la maxima, la persistance d'une élévation de la constante d'Ambard malgré la réapparition d'une diurèse normale. Au cours d'une néphrite aiguë reconnue, la constatation d'un foie gros et douloureux paraît un excellent argument pour déceler l'insuffisance cardiaque. L'évolution des accidents cardiaques est, en général, favorable sous l'influence du régime et de la digitale, et le pronostic est surtout fonction de la lésion néphritique.

La *bradycardie* est assez fréquente au cours des néphrites aiguës : les auteurs l'ont observée 3 fois sur 7 cas de néphrite aiguë. Elle régresse habituellement avec les autres symptômes.

Au point de vue *thérapeutique*, il y a lieu de recourir, suivant les cas, aux émissions sanguines, aux diverses médications cardiaques, à la théobromine, et, dans la diététique, de recourir à la réduction des liquides, en diminuant au maximum le chlorure de sodium. L. Rivet.

Jean Heitz. ***De l'état cardio-vasculaire des ouvriers fabriquant ou maniant habituellement la nitro-glycérine*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, tome XVII, n° 9, Septembre 1924). — H. a procédé à cette étude dans une usine de dynamite.

Si on laisse de côté les ouvriers travaillant le dinitro-toluène et chez qui l'action hypotensive semble moins nette, H. a constaté que la pression était normale aux heures de non-travail, sauf chez 3 alcooliques; que la pression s'abaissait légèrement pendant le travail, la Mn plus particulièrement; que ces abaissements, très fugitifs, disparaissaient dans l'heure qui suivait la cessation du travail. Ces constatations sont intéressantes à rapprocher des données classiques sur l'action physiologique de la trinitrine. L. Rivet.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION

(Paris)

Raymond Grégoire. ***Pathogénie et traitement de la dilatation idiopathique de l'œsophage*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition* tome XIV, n° 6, Juin 1924). — G. insiste d'abord sur ce fait que la limite inférieure de la dilatation répond à l'anneau musculaire du diaphragme et non au cardia, qui est normal.

Il présente ensuite une étude critique des diverses théories pathogéniques. Il n'y a pas cardio-spasme, mais phréno-spasme : l'anneau musculaire du diaphragme est d'ailleurs le véritable sphincter de l'estomac. L'obstacle à ce niveau peut être de causes variables : spasme, incoordination fonctionnelle, hypertrophie du sphincter ou insuffisance de sa lumière. L'œsophage lui-même présente une diminution de calibre dans toute la longeur de la traversée phrénique. Toutes ces causes produisent une stagnation qui prépare la distension. Mais celle-ci, une fois établie, s'exagère elle-même par le fait de la coudure que fait la poche œsophagienne sur le bord de l'orifice diaphragmatique.

Comme toujours dans la chirurgie des obstacles canaliculaires, on retrouve ici les méthodes thérapeutiques accoutumées : dilatation, plastie et anastomose œsophago-gastrique. Pour ces 2 dernières interventions, la difficulté réside tout entière dans la voie d'abord qui permettra de réaliser ces opérations. G. a décrit une technique permettant d'atteindre par la voie combinée thoraco abdominale extra-séreuse le segment cardio-œsophage sans ouvrir ni la plèvre, ni le péritoine. La région abordée, on pratique la section de l'anneau diaphragmatique et une œsophagoplastie. Comme lui-même, Lardennois et Braine, Braine et Métivet, Hertz et Braine ont pratiqué cette intervention avec plein succès. Les derniers auteurs se sont contentés d'une œsophagoplastie extra-muqueuse, ce qui est peut-être sage, si la béance suffit. Un malade de G. présentait un an après l'opération un fonctionnement œsophagien normal et l'ombre œsophagienne avait des dimensions à peine supérieures à celles d'un œsophage ordinaire. L. Rivet.

Louis Delherm et A. Laquerrière. ***Constipation et électrothérapie*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, tome XIV, n° 6, Juin 1924). Les traitements électriques que D. et L. considèrent comme les meilleurs dans le traitement de la constipation n'agissent pas (sauf le lavement électrique) comme des purgatifs; ils ont pour but la rééducation fonctionnelle de l'intestin.

1° Contre la constipation gauche sans phénomènes douloureux, D. et L. préconisent la galvano-faradisation rythmée et parfois le petit lavement électrique quand prédomine l'atonie; quand il existe des manifestations spasmodiques, ils utilisent la galvano-faradisation simple Enfin, ils emploient volontiers les applications intra-rectales de hautes fréquences.

2° Contre la constipation droite, surtout s'il existe des phénomènes douloureux et de la colite, ils font des applications de courant voltaïque, auquel on peut adjoindre au besoin des bains de lumière ou de la diathermie.

3° Toutes les fois qu'il existe une cause de constipation qui paraît jouer un rôle prédominant, il y a lieu dans la plupart des cas d'agir sur elle toutes les fois qu'on le peut. C'est ainsi que les nerveux, les asthéniques se trouveront bien soit de la statique, soit de la haute fréquence générale; que les malades atteints de constipation en liaison avec des affections gynécologiques ou prostatiques pourront avec utilité être traités par la radiothérapie, les applications de courant continu ou de diathermie intra-vaginales; que les constipés présentant des adhérences douloureuses, des crises vésiculaires, etc., se trouveront bien des applications diathermiques; que chez les fissuraires, les hémorroïdaires, le traitement de la constipation devra toujours être suivi d'applications de haute fréquence intrarectale. L. Rivet.

LE SCALPEL

(Bruxelles)

Paul Govaerts. ***Le syndrome de polyradiculite avec hyperalbuminose massive et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien*** (*Le Scapel*, tome LXXVII, n° 36, 6 Septembre 1924). — G. relate l'histoire d'une femme de 26 ans, chez laquelle se développa un syndrome de polynévrite, avec quadriplégie flasque, atrophie musculaire diffuse, fourmillements et abolition de la sensibilité profonde dans le segment distal des 4 membres. Toutefois, les douleurs rachidiennes, le Kernig, la raideur de la nuque témoignent de l'atteinte des racines et d'un certain degré d'irritation méningée; la polynévrite s'accompagne de polyradiculite. Enfin on nota une hyperalbuminose énorme du liquide céphalo-rachidien avec xanthochromie et dissociation albumino-cytologique.

Ce fait rappelle ceux relatés par Guillain, Barré et Strohl, P. Marie et Chatelin.

Parmi les syndromes cliniques où l'on rencontre la xanthochromie avec hyperalbuminose massive, et dont le plus fréquent est la compression médullaire, il faut ranger certaines formes de polynévrite avec polyradiculite, et tout particulièrement une variété de polynévrite assez spéciale par son extension, son mode rapide d'invasion, sa courte durée et son évolution bénigne, maladie dont la cause, probablement infectieuse, est encore indéterminée. L'observation actuelle fournit un exemple nouveau de cette affection qui paraît peu fréquente. L. Rivet.

GIORNALE ITALIANO DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE

(Milan)

E. Bizzozero. ***Les causes qui déterminent la durée du chancre syphilitique*** (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, tome LXV, fasc. 4, Août 1924). — De l'étude de 12 chancres syphilitiques, B. conclut que les causes de la durée d'un chancre sont multiples : 1° La densité de l'infiltrat; 2° le remplacement de la substance fondamentale collagène par un réticulum fibreux abondant et touffu; 3° l'épaississement des parois des vaisseaux sanguins et lymphatiques; 4° la structure de la région sur laquelle siège le chancre.

Les 3 premiers facteurs sont communs à tous les chancres; le 4e facteur détermine la dureté cartilagineuse des chancres du sillon et de certaines régions du corps. Ce fait explique pourquoi dans ces chancres la dureté est indépendante de la prédominance des fibroblastes, ou des lymphocytes ou des plasmocytes qui composent l'infiltrat, et pourquoi les affections non syphilitiques accompagnées d'exsudation et d'infiltration (chancre mou, herpès génital, surtout après cautérisation) sont, dans le sillon balano-préputial, d'une dureté qui se rapproche de celle du chancre syphilitique. R. Burnier.

B. Cartia. ***La valeur de l'intradermo-réaction avec le sérum de cheval dans le diagnostic de la tuberculose (réaction de Busacca)*** (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, tome LXV, fasc. 4, Août 1924). — Les tuberculino-réactions faites dans un but diagnostique se montrent parfois extrêmement sensibles et sont ainsi peu utilisables. Le sérum normal de cheval employé en intradermo-réaction à la dose de 0,20 cmc aurait, selon Busacca, sur la

tuberculine, l'avantage d'être moins sensible et de donner des réactions limitées aux manifestations morbides en activité; il aurait donc une haute valeur diagnostique.

C. contrôla les recherches de Busacca et, sur 70 sujets atteints d'affections tuberculeuse ou non, il pratiqua l'intradermo-réaction avec le sérum de cheval et la tuberculine simultanément sur des régions symétriques. Les réactions positives présentèrent les mêmes caractères objectifs dans les 2 cas, mais les réactions sériques se montrèrent moins persistantes que les tuberculino-réactions.

Tous les tuberculeux inoculés avec la tuberculine (20 tuberculoses cutanées, 6 tuberculides, 2 bronchites) réagirent positivement; avec le sérum, on n'obtint que 5 réactions positives dans la tuberculose cutanée et 4 réactions positives dans les tuberculides. 16 malades atteints de dermatoses variées donnèrent 6 réactions positives et 10 négatives avec la tuberculine, 2 réactions positives et 14 négatives avec le sérum. 16 syphilis donnèrent 14 réactions positives et 2 négatives avec la tuberculine et 5 réactions positives et 11 négatives avec le sérum. Enfin 10 vénériens donnèrent 10 résultats positifs avec la tuberculine et 3 positifs avec le sérum.

C. conclut de ses recherches que la réaction de Busacca s'est montrée positive chez des malades cliniquement non tuberculeux et que par contre elle s'est montrée négative chez des malades atteints de lupus vulgaire en activité. Cette réaction n'a donc pas la valeur qu'on a voulu lui attribuer.

R. Burnier.

G. Mariani. ***Nouvelle contribution à l'étude du mécanisme de la protéinothérapie dans les maladies cutanées et syphilitiques*** (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle* tome LXV, fasc. 4, Août 1924). — Dans cet important travail, illustré de nombreux tableaux, M. a employé, dans un certain nombre d'affections vénériennes (blennorragie, chancres mous, syphilis) et de dermatoses, diverses protéines : suspension de métaux colloïdaux, lait, peptone, autohémo et autosérothérapie, vaccins, etc.

M. constata qu'on peut obtenir des réactions générales et locales identiques avec les protéines les plus diverses; par contre, une même substance protéique peut déterminer chez des individus différents atteints d'une maladie identique des effets très différents.

Les maladies de nature infectieuse démontrée ou probable réagissent aux protéines d'une manière vive (fièvre, réactivation des foyers préexistants, apparition de foyers nouveaux). Les maladies congénitales, dyscrasiques, toxiques ou néoplasiques réagissent au contraire faiblement ou pas du tout à des doses élevées de protéines.

Sur 382 malades examinés, M. observa une réaction générale nulle dans 136 cas, une réaction modérée dans 115 cas et une réaction vive dans 131. Quant à la réaction de foyer, elle fut nulle dans 183 cas, modérée dans 111 cas et intense dans 88 cas. Les résultats thérapeutiques furent nuls dans 139 cas, partiels et fugaces dans 117 cas, bons partiels dans 82 cas et rapides et définitifs dans 44 cas (16 blennorragies sur 114 cas, 11 chancres mous sur 53, 11 dermatoses microbiennes sur 61 cas, 6 dermatoses bulleuses sur 38 cas).

R. Burnier.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

M. Einhorn (de New-York). ***Importance de l'examen direct de la bile dans le diagnostic des affections de la vésicule biliaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome L, n° 36, 5 Septembre 1924). — L'examen de la bile retirée à jeun par tubage duodénal s'impose toutes les fois que l'on soupçonne des lésions du foie, de la vésicule et du pancréas; il peut fournir des indications diagnostiques d'importance majeure. Toutefois, pour obtenir des résultats valables, il faut des précautions (sonde parfaitement propre, aseptique, examen immédiat de la bile après extraction) et de la prudence dans l'interprétation des constatations.

La bile normale est jaune d'or et claire; une bile pathologique est toujours plus ou moins trouble et de couleur très variée; une bile rappelant la soupe aux pois s'observe souvent dans les affections graves de la vésicule. Après avoir noté l'aspect de la bile et sa réaction chimique, on la soumet à l'examen microscopique, après centrifugation s'il n'y a pas de sédiment et quand la bile est simplement trouble. La présence de quelques petits cristaux de cholestérine isolés n'a guère de valeur; nombreux, la constatation est d'importance; les amas de grands cristaux placés les uns contre les autres indiquent d'ordinaire des calculs biliaires. Le mucus s'observe fréquemment. On peut trouver des globules de pus et des bactéries; celles-ci, quand elles existent en grand nombre, presque en colonies, sont importantes. Parfois la bile renferme des particules brunes ou rougeâtres, de la taille des graines de pavot, ou plus petites, libres ou enrobées de mucus, souvent dures comme de la pierre, parfois molles, pouvant flotter dans la bile, et formées microscopiquement par des amas de cristaux, soit arrondis, en graines de sorbier, jaune foncé, soit rhombiques, noirs, qui, s'ils ne sont pas forcément la preuve de la présence d'un calcul, indiquent toujours un état morbide de la vésicule.

Dans de nombreux cas où l'examen direct de la bile montrait des modifications pathologiques, en particulier de ces particules semblables à du sable, et où la palpation de la vésicule, lors de l'opération, ne permettait pas de sentir de calculs, la vésicule enlevée présentait néanmoins de graves lésions (muqueuse tomenteuse, épaissie ou indurée, petites ulcérations, contenu vésiculaire renfermant les mêmes particules cristallines, des globules de pus). E. rapporte 3 exemples de ces cholécystites sans calculs.

Il relate encore la curieuse observation d'une migration d'un calcul de la vésicule dans le duodénum par l'intermédiaire d'une perforation qu'il a pu voir évoluer. L'examen de la bile dans ce cas montrait du pus, des cristaux de bilirubine et de cholestérine et de nombreux globules rouges indiquant une hémorragie plus forte qu'au cours d'un ulcère duodénal.

A propos du traitement chirurgical, E. le juge indiqué :

1° En cas de violentes crises douloureuses produites par la lésion vésiculaire et accompagnées de fièvre, de leucocytose avec polynucléose;

2° En cas de violentes coliques hépatiques nécessitant la morphine, et accompagnées de frissons, ou si fréquentes que la morphinomanie est à redouter;

3° Dès qu'on soupçonne un processus suppuratif de la vésicule;

4° Quand on ne peut exclure facilement l'existence d'un néoplasme.

P.-L. Marie.

THE LANCET

(Londres)

R. Wagner et H. Wimberger. ***Sur la valeur de l'huile de foie de morue oxydée dans le traitement du rachitisme.*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5263, 12 Juillet 1924). — W. et W. ont traité 4 enfants âgés de 5 à 12 mois, atteints de rachitisme en évolution, avec de l'huile de foie de morue oxydée (chauffée à 120° pendant 24 heures sous un courant d'oxygène). La dose quotidienne était de 10 gr. Dans les 4 cas, ils ont obtenu une guérison satisfaisante des altérations osseuses, contrôlée par la radiographie, à peu près aussi rapidement qu'avec la même dose d'une huile de foie de morue active, non oxydée.

Cependant les deux échantillons d'huile n'ont pas un pouvoir activant identique sur la croissance. Des recherches expérimentales sur des rats soumis à un régime normal, mais privé de vitamines A, montrent que l'huile oxydée est 20 fois moins active que l'huile fraîche.

On peut conclure que l'huile de foie de morue contient deux principes actifs : un facteur antirachitique, qui facilite le dépôt du calcium, et un facteur qui active la croissance, qui guérit la xérophtalmie (vitamine A); ce dernier est le plus sensible et disparaît par l'oxydation à haute température.

Ces recherches confirment les travaux antérieurs, en particulier ceux de Mac Collum, concernant les rapports de la vitamine A et du facteur antirachitique. Ces 2 principes ont une distribution assez semblable, mais non identique. Tous deux existent dans l'huile de foie de morue, mais le beurre qui se montre très actif dans le traitement de la xérophtalmie ne parvient pas à entretenir la croissance si le régime est pauvre en calcium, et ne guérit pas le rachitisme; en revanche d'autres aliments gras contiennent le facteur antirachitique et sont sans action contre la xérophtalmie. Enfin les deux principes résistent différemment à la chaleur et à l'oxydation.

J. Rouillard.

Lucas Keene et E. Hewer. ***Activité glandulaire chez le fœtus humain.*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5264, 19 Juillet 1924). — A quelle époque de la vie fœtale les diverses glandes sont-elles capables de fonctionner? C'est une question mal connue et que des faits d'ordre histologique ou biologique permettent cependant d'élucider.

Pour le rein, l'examen histologique montre qu'un grand nombre de glomérules, de capsules de Bowman et de tubes sont bien formés dès la 6e ou 7e semaine. D'autre part, en utilisant certaines techniques qui permettent de colorer les cellules des tubes urinifères de façons différentes selon leur teneur en ions H, on peut conclure que le rein du fœtus est apte à excréter dès la 12e semaine de la vie intra-utérine.

Pour le foie, on trouve des canaux biliaires bien formés dès la 12e semaine.

La muqueuse gastrique contient de la pepsine dès la 16e semaine, mais l'acide chlorhydrique n'apparaît qu'à terme. Les ferments pancréatiques peuvent être décelés aux époques suivantes : trypsine et trypsinogène au 4e mois, amylase au 6e mois, lipase au 8e mois. Les ferments intestinaux n'existent guère avant la naissance.

Pour l'hypophyse, on remarque dès la 11e semaine une différenciation histologique bien nette et une vascularisation abondante de la *pars anterior*; la glande contient un principe actif qu'on peut mettre en évidence par l'épreuve de Hogben et Winton.

La glande thyroïde du fœtus à terme paraît, d'après l'examen histologique, tout à fait apte à sécréter; dès la 11e semaine, les vésicules contiennent une substance analogue à la colloïde. Les parathyroïdes, à 20 semaines, paraissent bien développées et contiennent des cellules granuleuses. Le thymus, à 3 mois, renferme quelques corpuscules de Hassal.

Enfin les surrénales, à 16 semaines, contiennent de l'adrénaline qu'on peut mettre en évidence par les épreuves sur la grenouille.

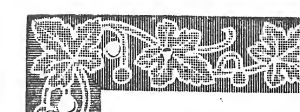
J. Rouillard.

R. C. Wingfield et Selby Wilson : ***Les éléments du pronostic au cours du pneumothorax artificiel*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5265, 26 juillet 1924). — Au cours d'un pneumothorax artificiel, s'il se produit une rechute, le pronostic est d'autant plus mauvais qu'elle est plus précoce et plus longue. Une température régulière, une augmentation de poids sont d'un bon pronostic, de même que la disparition des bacilles dans l'expectoration.

Le développement d'un épanchement pleural est généralement considéré comme un événement fâcheux; cependant il y a lieu de distinguer. Il y a en effet des épanchements citrins, assez pauvres en cellules, à formule lymphocytaire, et qui, quoique persistants, ne tendent pas à augmenter; ce sont des transsudats, se formant dans une cavité artificiellement créée, plutôt que des exsudats inflammatoires; ils déterminent peu de troubles. Il y a d'autre part des épanchements clairs, riches en fibrine, renfermant beaucoup de cellules (lymphocytes) et souvent des bacilles de Koch; ils tendent à augmenter, à reparaître après les ponctions; ce sont des exsudats inflammatoires traduisant l'invasion de la plèvre; ils s'accompagnent d'une réaction générale souvent grave. Il y a enfin des épanchements louches ou purulents, contenant des lymphocytes et des polynucléaires, des bacilles de Koch; le pronostic en est mauvais.

Rien ne prouve que la production de ces divers épanchements soit favorisée par un exercice modéré fait par les malades au cours de leur traitement.

J. Rouillard.



REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL

(Paris)

Ch. Roubier (de Lyon). ***Tuberculose et gangrène pulmonaires*** (*Le Progrès médical*, n° 36, 6 Septembre 1924). — R. ne pense pas que l'association de la gangrène et de la tuberculose soit d'une très grande rareté. Dans son service d'affections respiratoires, il en a trouvé 5 observations sur un total de 1.500 malades environ.

Chez un tuberculeux avéré, l'apparition d'une véritable gangrène pulmonaire a un tableau dramatique, et l'issue fatale est rapide. Suivant les cas, le foyer gangreneux se développe dans une région du poumon apparemment indemne de tubercules, ou bien dans une région très infiltrée, au sein d'un bloc de pneumonie caséeuse, par exemple : on ne peut formuler aucune règle absolue à cet égard.

Chez un tuberculeux latent ou méconnu, c'est la gangrène qui domine le tableau clinique, la tuberculose est au second plan. Parfois cependant les processus tuberculeux et gangreneux sont intriqués au point qu'il est difficile de dire, même à l'autopsie, ce qui revient à l'un et à l'autre. L'auteur relate deux observations personnelles.

La même association peut s'observer chez les diabétiques, et R. en relate un cas personnel, dans lequel les lésions bacillaires encore jeunes, restées cliniquement latentes, situées au sein d'un bloc d'hépatisation, ont fait le lit à la gangrène qui a amené la mort.

Dans ces cas, le bacille de Koch est parfois très difficile à mettre en évidence, malgré des examens répétés après homogénéisation.

R. insiste sur la gravité du pronostic. Les nombreux traitements préconisés contre la gangrène sont peu efficaces et inopérants sur la tuberculose associée. Le pneumothorax artificiel est indiqué si les lésions sont unilatérales. Enfin, dans les services de tuberculeux, il faut isoler les bacillaires dont l'affection se complique de sphacèle pulmonaire.

L. Rivet.

Joseph Crépin. ***La chèvre est-elle responsable de la fièvre de Malte ?*** (*Le Progrès médical*, n° 37, 13 Septembre 1924). — La fièvre de Malte, dit l'auteur, est une maladie humaine, et c'est bien fièvre de Malte qu'il faut l'appeler, car c'est Malte le foyer d'infection. Le Micrococcus melitensis n'est qu'un hôte accidentel sur le terrain animal et l'accusation portée contre la chèvre est un pur effet d'autosuggestion. L'espèce caprine n'a rien de commun avec la fièvre de Malte; il n'existe pas de mélitococcie caprine. La fièvre de Malte n'apparaît jamais à côté des troupeaux de chèvres dans les pays chevriers où les gens ont simplement le souci de la propreté et de l'hygiène. Il n'y a de la mélitococcie que là où le chevrier maltais circule et sème ses microbes malsains.

Il n'existe aucun moyen de rechercher sur les animaux la présence du Micrococcus melitensis autrement que par l'examen bactériologique : la méthode de Wright a donné des résultats si contradictoires, si inexacts, qu'on a dû l'abandonner. L'examen bactériologique lui-même est devenu inconsistant pour déterminer le véritable principe de la fièvre de Malte, puisque le microbe supposé l'auteur de ce mal se confond d'une façon complète avec celui qui détermine l'avortement épizootique dont souffre plus particulièrement notre cheptel bovin. La méthode de Wright a puissamment contribué à établir l'erreur qui a fait incriminer la chèvre comme véhicule de maladie.

Etant donné que la fièvre de Malte est une septicémie chronique manifestement due à un germe engendré par la malpropreté, on peut s'en protéger sans jeter le discrédit sur la chèvre. Bien au contraire, il convient d'encourager en France l'élevage industriel de la chèvre laitière, susceptible de donner un aliment précieux en puériculture, et sans conseiller de faire bouillir le lait de chèvre, ce qui lui ferait perdre toutes ses vertus.

L. Rivet.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Prof. R. Cruchet. ***Le syndrome bradykinétique post encéphalitique. Ses symptômes complémentaires*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 101e année, n° 18, 25 Septembre 1924). — Après avoir relaté en détails l'observation d'un cas suivi depuis plus de 7 ans, C. étudie les caractères du syndrome bradykinétique post-encéphalitique. Ce syndrome comprend : l'attitude figée avec l'immobilité de la physionomie; la lenteur des mouvements volontaires. C. précise les particularités du mouvement dans la bradykinésie. Il insiste sur le contraste qui existe entre l'aspect de statue que présentent les malades et les actes qu'ils sont susceptibles d'accomplir : kinésie paradoxale de Souques.

C. envisage ensuite les symptômes secondaires qui, surajoutés au syndrome bradykinétique post-encéphalitique, permettent encore davantage de le différencier du syndrome bradykinétique parkinsonien et du syndrome bradykinétique lacunaire. Deux constatations immédiates permettent généralement d'emblée d'éliminer ces deux affections. Ce sont : 1° l'absence de tremblement, ou ses modalités spéciales quand, par hasard, il existe; 2° l'absence de troubles de la mémoire et les particularités de l'état psychique.

La notion étiologique du début de la maladie, son évolution sont très importantes pour le diagnostic. C. insiste sur la relative fréquence des spasmes dits de torsion au cours de la bradykinésie post-encéphalitique, alors qu'ils n'ont guère été signalés chez les parkinsoniens et les lacunaires, et sur quelques autres caractères différentiels moins importants.

L. Rivet.

LYON MÉDICAL

L. Gallavardin. ***Des rémissions dans l'angine de poitrine d'effort*** (*Lyon médical*, tome CXXXIV, n° 29, 20 Juillet 1924). — L'angine de poitrine d'effort, angine de poitrine vraie, peut être d'évolution très longue (5 pour 100 des cas dépasseraient la 10e année). Cette longue évolution peut être entrecoupée de rémissions prolongées donnant l'illusion de véritables guérisons.

En ne tenant compte que des faits dans lesquels la rémission a été nettement supérieure à une année et a été complète, G. trouve que 8 pour 100 des cas présentent des rémissions. Dans la moitié des cas celles-ci oscillent entre 3 et 4 ans; dans les autres cas elles se sont montrées tantôt supérieures, tantôt inférieures à cette durée.

En dehors de ces distinctions, G. range ces malades angineux avec rémissions en 4 catégories.

Dans la 1re catégorie, il place les malades qui, pris d'un premier accès angineux au repos ou nocturne, le plus souvent solitaire, mais violent, ne souffrent d'aucune manifestation pendant plusieurs années après lesquelles s'installe un angor d'effort stable. L'accalmie se produit dans ces cas avant l'apparition de l'angor d'effort.

Dans la 2e catégorie, G groupe les cas où, à un premier accès angineux d'effort, particulièrement violent, succède une rémission complète de plusieurs années, puis s'installe l'angor d'effort chronique.

Dans la 3e catégorie, plus fréquente, le début de la maladie est marqué par un violent accès au repos ou nocturne; immédiatement après, établissement d'un angor d'effort pendant quelques mois ou quelques années; rémission complète plus ou moins prolongée, puis reprise de l'angor d'effort.

Enfin, dans le plus grand nombre des cas (4e catégorie), G note simplement : angor d'effort banal à établissement progressif, rémission complète, reprise de l'angor d'effort.

G. conclut qu'on ne peut infirmer le diagnostic d'angine de poitrine vraie, sous prétexte qu'il y a eu arrêt des accidents. De plus, on n'attribuera qu'avec beaucoup de réserves à telle ou telle médication l'amélioration ou la disparition des accès angineux. L'amélioration ou la disparition des accidents qui peut suivre un traitement antisyphilitique notamment ne permet pas à elle seule de faire la preuve de l'origine syphilitique de la maladie.

Enfin certaines de ces rémissions sont assez prolongées, et même la guérison réelle définitive de l'angine de poitrine vraie ne semble pas impossible à G; car, s'il est des coronarites et des aortites juxta-coronariennes implacablement progressives avec réactions spasmodiques fréquentes et brusques, il est des cas de poussées fluxionnaires transitoires beaucoup moins graves qui expliquent ces faits d'angine de poitrine coronarienne avec rémissions prolongées, guérison peut-être.

J. Rebattu. ***Les mastoïdites apicales externes (Pseudo-mastoïdites de Bezord)*** (*Lyon médical*, tome CXXXIV, n° 36, 7 Septembre 1924). — Le type classique de mastoïdite de Bezold se présente avec une douleur à la pression de la pointe mastoïdienne, un gonflement cervical et un reflux du pus dans le couduit si l'on exerce une pression à ce niveau. L'auteur a eu l'occasion d'observer et d'opérer deux malades présentant, en plus des signes habituels de mastoïdite (otite aiguë suppurée, douleur mastoïdienne spontanée), une tuméfaction volumineuse sous-apexienne de la gaine musculo-tendineuse du sterno-mastoïdien, de la douleur à la pression de la pointe de la mastoïde, du *torticolis*. Le diagnostic de mastoïdite de Bezold semblait s'imposer, mais la pression sur la région tuméfiée n'amenait aucun écoulement de pus par le conduit, ce qui permit d'éliminer cette hypothèse. L'intervention montra d'ailleurs l'absence de toute collection purulente et par contre un état de congestion œdémateuse de la masse musculo-tendineuse s'insérant sur l'apex. La résolution fut rapide après l'intervention qui fit découvrir des lésions étendues de la mastoïde avec prédominance au niveau de la pointe.

Il s'agissait d'une mastoïdite apicale externe, nettement différenciée de la mastoïdite apicale interne ou de Bezold par l'absence de tuméfaction rétro-maxillaire ou cervicale profonde, l'*absence de reflux purulent par le conduit à la pression au niveau du gonflement*, signe traduisant ailleurs la perforation.

La mastoïdite apicale externe trouve des conditions favorables dans une résistance anormale de la corticale interne. Le processus infectieux issu des cellules volumineuses de la pointe traverse la corticale externe, gagne la masse musculo-tendineuse qui s'insère sur l'apex avec son entourage lympho-conjonctif et ses lymphatiques interstitiels. Il se produit une myosite avec cellulite réalisant le conjonctivo-phlegmon œdémateux de Mouret.

L'intervention doit être rapide pour éviter l'adénophlegmon, les complications septicémiques ou intra-craniennes.

Leroux-Robert.

L. Gallavardin. ***Y a-t-il un équivalent non douloureux de l'angine de poitrine d'effort ?*** (*Lyon médical*, tome CXXXIV, n° 37, 14 Septembre 1924). — Au cours de la marche ou de l'effort, on peut observer un syndrome d'arrêt spécial, différent de l'essoufflement d'effort, des palpitations d'effort ou de l'angor d'effort, syndrome auquel on peut donner la dénomination de *respiration bouchée*, d'après la description qu'en donnent les malades, et dont G. relate 13 observations.

Ce syndrome paraît bien être un équivalent non douloureux de l'angor d'effort. Comme dans l'angor typique, il n'existe ici ni palpitations prédominantes, ni polypnée véritable, et cependant le sujet est obligé de s'arrêter. D'autre part, ce syndrome de respiration bouchée est contenu en quelque sorte dans le syndrome angineux d'effort. Enfin on peut noter l'alternance ou la succession des deux syndromes.

Le syndrome de respiration bouchée doit donc prendre place parmi les syndromes angineux frustes. On peut se demander si cette impression de respiration coupée qu'éprouve tout sujet sain dans la marche contre le vent ne représenterait pas la toute première ébauche du trouble qui, avec l'appoint pathologique de la sténose coronarienne, donne naissance à l'angor d'effort.

L. Rivet.

MARSEILLE MÉDICAL

J. Monges et M. A. Raybaud. ***Œdème aigu du poumon et mort rapide à la suite d'une injection intraveineuse de cyanure de mercure*** (*Marseille médical*, tome LXI, n° 20, 15 Juillet 1924). — M. et R. rapportent l'observation d'une malade qui, soignée depuis longtemps déjà pour une syphilis dont la seule détermination clinique était une ulcération des membre inférieurs, avait supporté fort bien les médications instituées (CyHg, Novars, Bismuth). Mais c'était une néphritique latente. A l'occasion de la reprise d'un traitement par le CyHg, sel jusque-là bien supporté dont une des qualités est d'être diurétique, elle bloque ses reins et fait des accidents brusques d'insuffisance ventriculaire gauche : œdème aigu du poumon, dilatation aiguë du ventriculaire gauche avec embryocardie et chute de la pression artérielle. Enfin, elle présente des hémorragies viscérales multiples, hémoptysies, diarrhée sanglante, d'ordre toxique.

Cette observation montre qu'il ne faut pas considérer le CyHg, même aux doses habituelles de 1 centigramme 3 fois par semaine, comme inoffensif et qu'il faut tâter la susceptibilité du malade (la malade avait présenté déjà quelques malaises à sa quatrième piqûre; ce n'est qu'après la cinquième qu'éclatèrent les accidents graves). Le CyHg est donc nocif dans le traitement de certains cas de syphilis avec lésions rénales et il faudra recourir à d'autres médicaments antisyphilitiques dans ces cas.

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

Prof. L. Bard (de Lyon). ***Le mégadiaphragme, forme idiopathique de la surélévation diaphragmatique*** (*Annales de Médecine*, tome XVI, n° 1, Juillet 1924). — Sous ce nom, B. désigne une malformation consistant essentiellement dans l'allongement anormal et idiopathique de l'hémidiaphragme intéressé, dans tous ses diamètres : cette forme lui paraît devoir être classée dans le cadre nosologique des dilatations idiopathiques des organes creux ou tubulés, auxquelles il a déjà consacré de nombreux travaux. Jadis trouvaille d'autopsie, ce n'est encore qu'une trouvaille de radioscopie.

Cette malformation atteint presque exclusivement l'hémidiaphragme gauche, et, dans les trois quarts des cas au moins, des sujets du sexe masculin.

Un examen radioscopique fortuit, ou commandé par des symptômes thoraciques ou abdominaux variés, a fait découvrir la surélévation de l'hémidiaphragme; l'examen clinique le plus minutieux n'avait rien fait soupçonner, et il parvient à grand'peine, et d'ailleurs sans grande utilité, à réunir après coup quelques signes de nature à confirmer la constatation radiologique.

Le plus souvent, jusqu'ici du moins, on porte tout d'abord le diagnostic de hernie diaphragmatique, et il n'est pas rare qu'on s'y tienne longtemps. Un observateur prévenu reconnaîtra cependant au premier coup d'œil la véritable nature de la malformation, par la disposition en coupole sphérique, régulière, allant d'un bout à l'autre de l'hémithorax, du médiastin aux côtes, de la ligne sombre qui établit la démarcation des organes thoraciques et des organes abdominaux. Cette ligne sombre recouvre deux poches gazeuses, gastrique en dedans, colique en dehors, séparées l'une de l'autre par un triangle d'ombre, qui appuie sa base sur la coupole supérieure, sans lui imprimer aucune irrégularité à son niveau; cette coupole s'infléchit en dedans pour aborder le centre phrénique, sous un angle à peu près égal à celui sous lequel elle aborde en dehors la paroi costale, en circonscrivant de ce côté un sinus costo-diaphragmatique bien délimité et s'ouvrant nettement à l'inspiration. Cette ligne sombre varie d'épaisseur avec les positions du sujet, sans perdre sa régularité et sa sphéricité.

Les mouvements respiratoires mobilisent les deux hémidiaphragmes avec une amplitude inégale, le plus souvent synchroniquement, mais, à l'occasion, avec des modalités un peu discordantes, qui rappellent les mouvements de bascule que l'on observe dans les épanchements pleuraux liquides ou gazeux unilatéraux, sans toutefois se confondre avec eux.

L'ingestion d'eau gazeuse, ou d'un mélange effervescent, agrandit la poche gazeuse de l'estomac, mais autant, sinon plus, aux dépens de l'abaissement du niveau liquidien intragastrique qu'aux dépens de l'élévation de la limite supérieure de l'organe.

S'il persistait quelques doutes sur le siège exact du diaphragme, ils seraient facilement levés par l'établissement d'un pneumo-péritoine.

S'il n'y a pas de complications péritonéales ou pariétales des organes en cause, l'ingestion de la bouillie opaque fait apparaître la dilatation et l'allongement de l'estomac ou de l'angle colique, mais sans révéler de déformation particulière de ces organes.

La simple inspection des mouvements respiratoires de la base du thorax ne révèle pas d'anomalie bien appréciable; le tracé pneumographique ne révèle même pas de différence marquée d'amplitude et de forme entre les deux hémithorax, bien qu'il soit susceptible de mettre en évidence dans certaines conditions un léger décalage de leur synchronisme.

L. Rivet.

Emile Sergent. ***Séméiologie de l'espace de Traube*** (*Annales de Médecine*, tome XVI, n° 2, Août 1924). — L'étude des notions nouvelles apportées par l'application systématique de l'exploration radiologique, combinée ou non avec la pneumo-séreuse, permet, au point de vue théorique, de reconnaître la fréquence des enkystements et des cloisonnements pleuraux et de constater qu'ils sont parfois très précoces et peuvent apparaître dès les phases initiales de la pleurésie.

Pour le diagnostic, elle met en relief les causes d'erreur qui peuvent résulter de la constatation de la matité de l'espace de Traube : celui-ci peut être mat sans qu'il y ait épanchement pleural; s'il y a épanchement pleural, celui-ci peut être simplement enkysté à la base et peu abondant; par conséquent, la matité de l'espace de Traube, au cas où elle est due à un épanchement, ne suffit pas pour en évaluer la quantité; d'autre part, les variations d'étendue, la matité de l'espace de Traube ne suffisent pas davantage, à elles seules seules, pour apprécier l'évolution (augmentation ou régression) de l'épanchement, puisqu'elles sont, pour une large part, fonction de la tonicité du diaphragme, au moins autant que de la quantité de l'épanchement.

Au point de vue du traitement, cette étude montre que les indications de la thoracentèse ne sauraient être subordonnées à la constatation de la matité de l'espace de Traube, dans les épanchements pleuraux gauches, et surtout, elle établit que la matité de l'espace de Traube peut exister sans qu'il y ait épanchement, du seul fait, par exemple, d'adhérences phréno-costales, qu'il importe de reconnaître sous peine de s'exposer à des accidents au cours d'une ponction inopportune.

L. Rivet.

Edouard Long et Georges Bickel (Genève). ***Considérations sur la lipodystrophie progressive; l'atteinte du système nerveux végétatif*** (*Annales de Médecine*, tome XVI, n° 2, Août 1924). — Cette affection est constituée par la disparition, symétrique et lentement progressive, du tissu adipeux de la moitié supérieure du corps, et fréquement l'augmentation de la graisse des membres inférieurs et de la région sous-ombilicale du tronc. L'hypertrophie adipeuse est du reste souvent plus apparente que réelle.

Au point de vue pathogénique, les diverses conceptions proposées, et notamment celle d'une origine endocrinienne, paraissent fragiles et insuffisantes. La disposition topographique de l'anomalie adipeuse ne peut s'expliquer que par l'intervention d'un facteur nerveux, d'une altération des éléments trophiques qui président à la nutrition graisseuse du tissu sous-cutané.

L. et B. relatent une observation personnelle intéressante à ce point de vue : il s'agit d'un cas typique de lipopodystrophie progressive, débutant insidieusement à l'âge de 7 ans, et ayant abouti en 4 ans à la disparition pour ainsi dire totale du tissu adipeux sous-cutané de la moitié supérieure du corps, alors que la graisse de la région des fesses et des membres inférieurs est parfaitement conservée, peut-être même plus développée que la normale. Dans ce cas, ils ont pu mettre en évidence un déséquilibre fonctionnel marqué du système nerveux végétatif vago-sympathique, qui était perturbé dans la plupart de ses fonctions (troubles cardiaques et respiratoires, hypotension artérielle, stase sanguine périphérique; salivation exagérée avec aérophagie; instabilité thermique, crises sudorales nocturnes, lymphocytose et éosinophilie sanguines, variations pupillaires, etc.). Les épreuves fonctionnelles et pharmacologiques confirment cette atteinte du sympathique et du parasympathique. Cliniquement, le phénomène dominant est encore plus l'instabilité du système vago-sympathique que son irritabilité.

En reprenant les observations antérieurement publiées, on retrouve d'ailleurs très fréquemment relatés des troubles de cet ordre.

Cette constatation est un nouvel argument en faveur de la théorie nerveuse de la lipodystrophie progressive; elle ne peut malheureusement pas préciser la région du névraxe atteinte, région qui est toutefois probablement haut située.

L. Rivet.

L. Ribadeau-Dumas et Jean Meyer. ***Physiologie pathologique de la broncho-pneumonie du nourrisson; étude du métabolisme de l'eau*** (*Annales de Médecine*, tome XVI, n° 2, Août 1924). — L'étude du métabolisme de l'eau et en particulier de la perspiration apporte une contribution à quelques-uns des problèmes de la physiologie des broncho-pneumonies. R. et M. ont vu que, chez la plupart de leurs malades, les dépenses caloriques sont diminuées, l'anorexie réduit l'apport alimentaire dans des proportions correspondantes et protège le petit malade contre une alimentation inutilisable. La circulation cutanée perd son importance et la perspiration assure à sa place l'équilibre thermique. D'autres malades, au contraire, sont de grands infectés aux réactions fébriles violentes, à la dépense calorique considérable.

Le pronostic est meilleur quand le métabolisme se rapproche des types normaux. Les cas avec dépense réduite ou avec forte dépense ont été mortels. L'alimentation des enfants malades doit être réglée en raison de leurs dépenses, c'est-à-dire en raison de leur tolérance. Mais, en pratique, leur appétit est bien au-dessous de cette tolérance, et il y a intérêt à les nourrir autant qu'il sera possible.

A côté de ces faits, l'étude de l'eau ouvre des questions nouvelles. R. et M. insistent surtout sur celle des œdèmes par déficience de la perspiration, et sur les variations inverses entre la déperdition de chaleur par cette voie et par rayonnement direct, qui impliquent une modification profonde du régime de la circulation cutanée.

L. Rivet.

LA PEDIATRIA

(Naples)

S. Barberi (de Palerme). ***La réaction de Weiss, l'urobilinurie et la diazo-réaction dans les maladies infectieuses des enfants et à la suite de la vaccinothérapie*** (*La Pediatria*, tome XXXII, fasc. 16, 15 Août 1924). — Au cours de recherches sur la diazoréaction d'Ehrlich, Weiss en 1907 avait pu constater qu'elle était due à la présence dans les urines d'un corps dénommé par lui *urochromogène*, qui avait la propriété de se colorer intensément en jaune par addition de quelques gouttes d'une solution de permanganate à 1 pour 1.000. Weiss proposa cette épreuve en remplacement de la diazo-réaction comme étant plus facile à rechercher et plus sensible. Ultérieurement il recommanda d'ajouter 20 gr. de sulfate d'ammoniaque à 25 cmc d'urines et de filtrer avant de verser le permanganate dans tous les cas où l'urobiline ou d'autres substances pigmentaires étaient susceptibles de masquer la réaction.

D'après B., quoique particulièrement fréquente dans la tuberculose pulmonaire et dans la fièvre typhoïde, la réaction de Weiss n'a pas de valeur diagnostique particulière, car on peut la rencontrer dans les infections aiguës ou chroniques les plus variées; d'autre part, elle peut faire défaut à certains stades de la maladie. Elle présente, par contre, une certaine valeur au point de vue du pronostic, car elle est plus intense et plus constante dans les formes sévères.

La réaction de Weiss, qui paraît due à des produits de désintégration de l'albumine des tissus, devient évidente lorsque le degré de concentration de ces produits augmente.

Le parallélisme existant entre les deux réactions de Weiss et d'Ehrlich permet de supposer que cette dernière reconnaît les mêmes causes.

La vaccinothérapie ne modifie pas la réaction de Weiss pendant les 24 premières heures, mais ensuite elle diminue rapidement d'intensité, puis disparaît. La tuberculine exerce une action similaire sur la réaction.

L'urobilinurie, due à la destruction des globules rouges au cours des maladies infectieuses, ne modifie nullement la réaction de Weiss, ni celle d'Ehrlich. Il n'existe aucun rapport entre l'urobiline et l'urochromogène.

G. Schreiber.

E. Olivelli (de Saint-Pierre d'Arena). ***Contribution clinique à la question de la malaria congénitale*** (*La Pediatria*, tome XXXII, fasc. 16, 15 Août 1924). — La transmission au fœtus par le placenta du paludisme maternel demeure controversée, malgré certaines observations publiées par Bein, Concetti, Tejera, Grandall et Cuardra, Ascoli, Dumoulard et Viallet.

Concetti fait remarquer que les observations recueillies dans les régions à malaria sont sujettes à caution parce qu'elles concernent des nouveau-nés de 10 à 15 jours ayant pu être infectés depuis leur naissance. Les observations recueillies dans des contrées à l'abri du paludisme sont davantage probantes et O. en publie un cas survenu chez une fillette de 6 mois dont la mère, originaire de Sardaigne, présenta des accès de malaria, notamment au cours de sa grossesse.

En se basant sur ce cas personnel et sur ceux d'autres auteurs, O. admet que la malaria congénitale existe, bien que peu fréquente. Il croit, d'autre part, qu'elle peut revêtir une allure chronique et donner naissance à des formes apyrétiques.

G. Schreiber.

Tullio Luzzatti. ***Une méthode efficace de traitement contre les oxyures*** (*La Pediatria*, tome XXXII, fasc. 16, 15 Août 1924). — La résistance des oxyures aux différents traitements préconisés est bien connue. Elle est due aux caractères biologiques particuliers de leurs œufs, au cycle vital spécial de ces vers, à la facilité de réinfection par le grattage et à la difficulté d'atteindre les œufs profondément nichés dans la paroi intestinale et protégés par la muqueuse.

L. a obtenu les meilleurs résultats avec du chloroforme dilué dans de l'huile de ricin, employé avec succès par Giulio Alesdrini contre l'ankylostome duodénal et le tænia. L. prescrit 2 gr. de chloroforme pur pour anesthésie dans une quantité variable d'huile de ricin et il administre cette dose à trois reprises différentes en un mois, soit le 1er, le 15 et le 30 du mois. Ce traitement n'a jamais donné lieu au moindre accident toxique. Le chloroforme semble tuer ou paralyser le parasite en pénétrant dans les récessus de la muqueuse intestinale. L'huile produit ensuite l'expulsion de l'oxyure. La répétition des doses est nécessaire pour atteindre les nouvelles générations du parasite.

G. Schreiber.

Luigi Turano (de Rome) ***La radiothérapie dans la maladie de Heine-Medin*** (*La Pediatria*, tome XXXII, fasc. 18, 15 Sept. 1924). — Bordier fut le premier à préconiser la radiothérapie dans le traitement de la paralysie infantile, en association avec la diathermie et la galvanothérapie. Sous la direction du professeur Ghilarducci, T. a appliqué le traitement de Bordier à une trentaine de nourrissons atteints de maladie de Heine-Medin. Il publie dans ce mémoire 13 observations détaillées, et décrit la technique qui lui paraît donner les meilleurs résultats. La région de la moelle épinière correspondant aux groupes musculaires atteints est divisée en 2 champs : sur chacun d'eux on pratique une irradiation de 20 minutes, avec l'appareil Symmetrie, tube Coolidge. On utilise un filtre d'aluminium de 5 mm, une étincelle de 40 cm., 2. M. A.; l'anticathode est à une distance de 23 cm.

Les champs d'irradiation seront au niveau de la nuque en cas de forme bulbaire ; au niveau du crâne, en cas de forme encéphalique.

Pour T., les excellents résultats, quasi merveilleux, fournis par cette méthode sont dus exclusivement à l'action des rayons. Ceux-ci doivent être appliqués dès le début, avant que l'atteinte de la cellule nerveuse soit irréparable.

G. Schreiber.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Carl Frei et Albert Alder (de Zurich). ***Influence des rayons de Röntgen sur le sang et sur la formation des agglutinines*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 30, 24 Juillet 1924). — F. et A. se sont attachés à suivre l'influence des irradiations sur la formation des agglutinines, et à se rendre compte si cette influence était fonction des altérations bien connues que les rayons déterminent dans les divers éléments du sang.

Les expériences ont été faites sur des cobayes jeunes.

Quelle que soit la dose de rayons employée, les modifications sanguines sont toujours de même ordre : chute des lymphocytes, qui atteignent leur minimum vers le 4e jour, puis chute des neutrophiles, qui, après un léger crochet ascensionnel, diminuent jusqu'au cours du 2e septénaire, et dont la courbe se relève ensuite lentement ; chute des plaquettes, à peu près parallèle à celle des neutrophiles ; enfin chute des hématies, de l'hémoglobine, de la viscosité sanguine et du pouvoir réfractométrique du sérum, dont les valeurs les plus basses s'observent au début du 3e septénaire Plus tard apparaissent les formes morphologiques qui manifestent la régénération sanguine : hématies polychromatophiles, myélocytes. Le sang reprend son aspect normal au bout de 28 jours en moyenne.

La formation des agglutinines a été provoquée par des injections de bacilles typhiques. Certains animaux étaient soumis à des inoculations en série, puis irradiés : les agglutinines se constituaient comme chez les témoins. D'autres étaient soumis aux inoculations après l'irradiation : que l'inoculation initiale fût faite au 7e jour, au moment de la leucopénie la plus intense, — ou au 14e, au moment où l'ensemble de la morphologie sanguine est le plus altérée, — la production des agglutinines ne s'en trouvait pas modifiée. D'autres animaux étaient soumis simultanément à l'irradiation et à une injection unique de bacilles typhiques : les agglutinines, chez ces derniers, étaient précoces dans leur apparition et d'une grande activité, alors que, dans les conditions habituelles, une seule inoculation ne suffit pas à déterminer leur formation dans le sang. F. et A. se proposent d'étudier l'effet d'inoculations et d'irradiations simultanées et répétées. Cette étude comparée de l'évolution des éléments du sang et de la formation des agglutinines après irradiation de Röntgen n'apporte aucun argument en faveur d'une relation entre cette formation d'agglutinines et l'hématopoïèse. Elle donne à penser que les centres d'hématopoïèse ne sont pas des centres de production des agglutinines.

J. Mouzon,

Georg Stutz (de Soleure). ***Tuberculose et dermographisme. Remarques sur les relations qui peuvent exister entre l'excitabilité vaso-motrice et la réaction de v. Pirquet*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 30, 24 Juillet 1924). — L'intensité des réactions vaso-motrices chez les tuberculeux est un fait bien connu. Cette particularité n'est-elle pas à l'origine de la réaction de v. Pirquet ? Dans l'espoir d'éclairer cette question, S. s'est attaché à rechercher, sur 118 pensionnaires d'un sanatorium antituberculeux, les réactions vasomotrices : réactions locales, auxquelles il donne le nom de « dermographie périphérique », et réactions à distance, qu'il désigne du terme de « dermographie douloureuse » ou d' « d'érythème réflexe d'irritation ». Il caractérisait l'intensité de la réaction vaso-motrice d'après le temps de latence qui précédait l'apparition de la rougeur, d'après la coloration plus ou moins foncée de cette rougeur, d'après sa durée et d'après son étendue. Les précautions les plus minutieuses étaient prises pour éliminer autant que possible l'influence de la température centrale, de l'état émotionnel, de l'effort physique ou de l'alimentation. Dans ces conditions, S. a constaté que la réaction locale est souvent exagérée chez les tuberculeux, qu'elle est plus marquée sur le thorax que sur le bras, qu'elle s'atténue parfois aux stades ultimes chez les cavitaires. Il en est de même de la réaction à distance. Dans les cas bilatéraux et asymétriques de tuberculose pulmonaire, la réaction est plus faible du côté du thorax où les lésions sont le plus marquées ou le plus anciennes. Dans les cas unilatéraux, la réaction est plus forte du côté de la lésion. Dans tous les cas, la réaction de v. Pirquet s'est comportée comme la réaction vaso-motrice simple, qui joue évidemment, dans son mécanisme, un rôle de premier plan. L'exagération de la réaction vasomotrice serait un signe de lésion tuberculeuse initiale plus précis et plus précieux encore que la réaction myotonique du trapèze du côté atteint.

J. Mouzon.

Prof. Br. Bloch et E. Ramel (de Zurich). ***Lupus érythémateux et tuberculose*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 32, 5 Août 1924). — Le lupus érythémateux est-il d'origine tuberculeuse ? l'est-il toujours ? ou peut-il, du moins, l'être quelquefois ? L'accord est loin d'être fait sur ces questions. L'observation de B. et R. est, à cet égard, des plus instructives.

La malade, âgée de 38 ans, avait fait une pleurésie à l'âge de 12 ans. Elle vint consulter, le 11 Mars 1924, pour un lupus érythémateux qui avait débuté 2 mois auparavant et qui présentait une marche rapidement extensive. Outre la lésion cutanée, on ne relevait, à l'examen de cette malade, qu'une légère adénopathie cervicale à ganglions durs, bien isolés, et des signes de sclérose des deux sommets et de la région hilaire. L'évolution fut des plus sévères : vers la fin du même mois, le lupus érythémateux s'étendit, prit un aspect œdémateux, érysipélateux, la température s'éleva, des frissons, de l'anorexie, une toux sèche apparurent, et la mort survint le 5 Avril. A l'autopsie, on ne retrouvait nulle part aucune autre lésion que les petits ganglions cervicaux et de petits tubercules miliaires fibreux dans les deux sommets. A vrai dire, l'examen histologique montrait, dans ces derniers, quelques foyers caséeux. Mais les fragments de tissus prélevés *post mortem* et inoculés à des cobayes (même les fragments de peau du lupus érythémateux) ne purent mettre en évidence de tuberculose. Par contre, le sang de la malade, prélevé le 24 Mars, peu de temps après un frisson, citraté, et inoculé à des cobayes (10 cmc de sang chaque fois), détermina des lésions tuberculeuses : lésions discrètes chez un des cobayes, plus marquées chez l'autre, mais, dans les deux cas, de type principalement hyperplasique et fibreux.

Il semble donc bien que le lupus érythémateux, même dans des observations où l'autopsie paraît peu démonstrative, doit être rattaché à un passage de bacilles de Koch dans le sang. Peut-être s'agit-il de bacilles modifiés par une réaction particulière de l'organisme, ce qui explique le type si spécial de lésions auquel ils donnent lieu, tant en clinique que chez les animaux de laboratoire.

J. Mouzon.

Richard Zollikofer (de Saint-Gall). ***Tuberculose et medecine légale*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 32, 5 Août 1924). — Z. envisage la pathologie générale de la tuberculose, et principalement le rôle des poussées bacillémiques, que l'on a pu constater (Liebermeister) non seulement dans des tuberculoses localisées, mais même dans des formes non folliculaires ou chez des tuberculeux guéris. L'état morbide des tuberculeux est fonction, non seulement du nombre et de l'activité des bacilles hébergés, mais de la force de résistance et de la richesse des réserves que leur oppose l'organisme. Il n'y a donc pas de tuberculose inactive. Il y a un état d'équilibre plus ou moins bien assuré dans la lutte entre le bacille et l'organisme. Cet état est toujours plus précaire chez les sujets qui ont déjà présenté des signes cliniques de tuberculose. Aussi importe-t-il d'en tenir compte dans les assurances contre les accidents. Chez les sujets qui n'ont jamais eu de poussée tuberculeuse avant l'assurance, la responsabilité de l'assurance est entière en cas d'affection tuberculeuse au cours du travail. Chez les sujets qui ont eu des poussées antérieures, la responsabilité est partagée. Chez les sujets déjà nettement tuberculeux au moment de l'assurance, cette dernière ne peut être rendue responsable de l'évolution. Bien entendu, des raisons étrangères à l'expertise médicale peuvent permettre au travailleur, dans ce dernier cas, de se retourner contre l'assurance qui l'aurait forcé à travailler dans ces conditions. A l'égard des tuberculeux guéris, on peut envisager des mesures de divers types : visites médicales régulières, certificat de garantie pour le cas d'aggravation, ou prime de risque, qui escompte d'avance l'aggravation possible.

Les idées exposées par Z. sur la fréquence de la bacillémie lui permettent de laisser une part assez large à la tuberculose traumatique.

J. Mouzon.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Munich*)

L. Seitz. ***Le système nerveux végétatif et ses troubles durant la grossesse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 27, 4 Juillet 1924). — Rien de moins surprenant que le système nerveux végétatif présente au cours de la grossesse des modifications dans son fonctionnement si l'on considère les changements considérables survenus du côté de l'utérus et des glandes mammaires, sans parler du développement du fœtus et du placenta. On a voulu faire rentrer ces modifications fonctionnelles dans le cadre soit de la vagotonie, soit de la sympathicotonie, bien arbitrairement selon S.

On peut en distinguer 2 sortes. Les premières, en rapport intime avec l'état de gestation, spécifiques pour ainsi dire, intéressent avant tout le muscle utérin et divers territoires vasculaires ; elles se traduisent surtout par une tendance à la vasodilatation qu'exprime la courbe oscillométrique (différence marquée entre la pression systolique et la diastolique abaissée) qui fera place à la fin de la grossesse à une tendance à la vasoconstriction. Le muscle utérin devient plus sensible aux excitations, sans qu'on sache, d'ailleurs, si les centres nerveux végétatifs cérébraux interviennent dans ce processus.

La seconde classe de phénomènes est de nature très diverse et n'a plus que des liens assez lâches avec la gestation. Au début, les signes de sympathicotonie tels que la glycosurie adrénalinique, l'hypoacidité gastrique, se rencontrent aussi bien que des phénomènes vagotoniques comme la sialorrhée, les vomissements, l'hypertonie gastrique. Avec l'évolution de la grossesse, ces phénomènes d'excitation s'effacent tandis qu'en apparaissent de nouveaux : élévation de la pression artérielle de la fin de la grossesse et de l'accouchement, témoin d'une vasoconstriction, symptôme vagonégatif succédant à la vasodilatation première, bradycardie des suites de couches traduisant l'excitation du système vague du cœur. Un seul et même système, comme celui des nerfs des glandes sudoripares, peut refléter une diminution du tonus du vague pendant la grossesse (diminution de la sécrétion sudorale) et une augmentation pendant les suites de couches (perspiration cutanée). Bien plus, dans un même système, comme le tractus digestif, les signes vagopositifs (vomissements) et vagonégatifs (constipation par atonie de l'intestin terminal) peuvent coexister.

Seules, des recherches ultérieures pourront apprendre si la grossesse est capable à elle seule de provoquer ces modifications du système nerveux végétatif ou si elle ne fait qu'augmenter une tendance vago ou sympathicotonique préexistante. La caractéristique de ces modifications consiste avant tout pour S. en une labilité exagérée du système végétatif tout entier.

Les causes premières de ces réactions modifiées du système nerveux végétatif et de son instabilité doivent être cherchées d'abord dans les profondes perturbations du métabolisme occasionnées par le placenta, puis dans les changements des glandes endocrines, dans les modifications de la concentration en ions H du sang (diminution de l'alcalinité due au ralentissement circulatoire, et agissant comme facteur vasodilatateur), enfin, peut-être, modification de la teneur du sang en ions Ca. Les changements survenant dans le système nerveux végétatif ne sont donc que de nature secondaire. P.-L. Marie.

C. Hempel. ***Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement des varices*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 27, 4 Juillet 1924). — H. a traité une cinquantaine de cas de varices par les injections intravariqueuses de sublimé selon la technique de Linser. On injecte 1 cmc d'une solution de sublimé à 1 pour 100 après application d'une bande élastique autour du membre. Il faut éviter d'injecter dans les veines du dos du pied, au voisinage de la crête tibiale et dans les dilatations variqueuses ampullaires pour éviter la gangrène des téguments. Le lieu d'élection est la région du condyle interne du tibia. La bande est retirée après l'injection. Celle-ci est indolore et ne nécessite pas d'interruption du travail.

Au début, H. a constaté dans 13 pour 100 des cas l'absence de formation de thrombus, par suite d'une aspiration trop forte de sang dans la seringue permettant au sublimé de se combiner avec les albumines sanguines, d'où neutralisation de son action sur l'endothélium veineux. Dans la suite, il n'observa plus d'échecs. Les injections sont répétées à 8 jours d'intervalle jusqu'à ce que le degré de thombose voulu ait été obtenu. H. a remarqué que la ligature préalable de la grande saphène permettait de réaliser rapidement la thrombose.

Dans tous les cas traités, les troubles constituant le syndrome variqueux rétrocédèrent vite, mais l'eczéma et les ulcères exigent un traitement spécial simultané. La guérison des ulcères fut activée.

Aucune embolie ne fut constatée, mais chez un sujet il se produisit dès la première injection une intoxication mercurielle qui évolua heureusement. Un cas mortel a été signalé par Hammer. Un examen général du malade s'impose avant de commencer le traitement ; néanmoins, comme dans le cas actuel, des accidents toxiques sérieux peuvent éclater malgré l'absence d'albuminurie. Dans 3 cas on a noté une gangrène sèche de la peau, peu étendue, mais rebelle, au niveau du siège du thrombus. Dans un cas il y eut récidive par transformation variqueuse des veines collatérales au devant du tibia. Dans tous les autres cas, l'oblitération définitive des veines fut obtenue.

Ce traitement est contre-indiqué chez les diabétiques, les albuminuriques, les hépatiques, les artério-scléreux, les eczémateux, les entéritiques et dans les cas de varices en tête de Méduse.

P.-L. Marie.

DEUTSCHES ARCHIV FÜR KLINISCHE MEDIZIN

(*Leipzig*)

A. Engelhard (de Munich). ***Essais de traitement arsenical de l'anémie pernicieuse suivant la méthode de Neiszer*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CXLIV, fasc. 6, Juillet 1924). — On sait que Neiszer a recommandé, dans l'anémie pernicieuse, les doses élevées d'acide arsénieux.

E. a essayé cette méthode, à la clinique de v. Rauberg, chez 10 malades. Dans 3 cas, il y eut échec complet ; c'étaient des femmes d'une soixantaine d'années, qui, au moment où le traitement a été institué, se trouvaient déjà dans une situation désespérée, respectivement avec 1.600.000, 900.000 et 800.000 globules rouges. Les 5 autres cas sont nettement favorables à la technique de Neiszer.

Un commerçant de 56 ans, qui n'avait au 30 Janvier dernier que 30 pour 100 d'hémoglobine et 1.000.000 globules rouges, reçoit 575 milligr. d'acide arsénieux en tout entre le 31 Janvier et le 9 Mars en 4 cures progressives. Il quitte l'hôpital le 15 Mars, avec 85 pour 100 d'hémoglobine et 3.000.000 de globules rouges.

Un autre commerçant, de 33 ans, malade depuis 8 mois, était tombé, le 20 Octobre 1923, à 35 pour 100 d'hémoglobine et 1.500.000 globules rouges. Il reçut 1.175 milligr. d'acide arsénieux en 3 semaines. Le taux d'hémoglobine monta à 78 pour 100 d'hémoglobine et les globules rouges à 3.200.000. Le résultat se maintint et s'améliora même par la suite, grâce à de petites cures arsenicales, malgré des angines répétées.

Un 3e malade, de 54 ans, qui avait 2 000.000 de globules rouges, avait d'abord été soumis à des doses relativement faibles d'acide arsénieux (50 à 75 milligr. au plus). Les améliorations n'étaient que passagères, et l'état subissait des oscillations, apparemment sous l'influence des conditions météorologiques. Seule une cure à haute dose (525 milligr. en tout, avec dose maxima de 150 milligr.) ramena à 100 le chiffre d'hémoglobine.

La 4e observation est celle d'une femme de 54 ans, chez laquelle chaque cure de Neiszer déterminait une poussée de leucocytose. Le chiffre des globules rouges monta, après 4 cures, de 1.800.000 à 4.000.000. Mais le taux d'hémoglobine ne s'éleva que de 30 pour 100 à 56 pour 100.

Le 5e cas est celui d'une femme de 56 ans, chez qui un traitement d'arsacétine et un traitement de petites transfusions sanguines répétées avaient successivement échoué. Un traitement de Neiszer fit remonter, en 2 mois, le chiffre des globules rouges de 1.800.000 à 3.250.000.

Ces faits sont des plus encourageants. Mais ils n'apportent aucune donnée sur les résultats éloignés.

J. Mouzon.

Prof. C. Cianci (de Naples). ***La signification diagnostique de la matité hépatique dorsale*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CXLIV, fasc. 6, Juillet 1924). — Grocco a montré, en 1911, que, à l'état normal, la matité hépatique est accessible à la percussion dorsale, sur une ligne horizontale qui part de la ligne scapulaire droite, à hauteur de la 10e côte, et qui se prolonge à gauche de 3 à 5 cm. au delà de la médiane. Cette matité est absolue et n'est surmontée d'aucune zone de matité relative. La même année, Lesieur signalait l'existence, dès le début de la fièvre typhoïde, d'une matité relative de la base droite, qu'il attribuait à une augmentation de volume du foie.

C. a vérifié la description de Grocco chez le sujet normal. Il n'y a jamais de matité relative au-dessus de la matité absolue du foie chez ce dernier. Il en est de même dans les hépatomégalies les plus diverses, dans la plupart des septicémies, dans la tuberculose, dans les maladies éruptives. Par contre, on retrouve une matité relative sus-jacente à la matité absolue dorsale du foie 1) dès les premiers jours de la fièvre typhoïde et dans les infections colibacillaires, 2) dès les premiers accès du paludisme et dans tous les accidents du paludisme, enfin, 3) dans la maladie de Banti. C. attribue cette particularité à ce que, dans ces diverses infections, la turgescence du foie est le fait d'une congestion portale, les produits toxi-infectieux provenant de l'intestin ou du foie. Dans ces conditions, le foie prendrait une forme globuleuse qui permet à la percussion forte de déceler sa matité relative au-dessus de sa limite habituelle. Au contraire, dans les autres hépatomégalies, qui sont d'origine sus-hépatique, lymphatique, artérielle ou biliaire, l'organe ne subit pas le même changement de forme, et la matité relative fait défaut.

J. Mouzon.

Gerhard Wodtke (de Hambourg). ***Le traitement de l'aortite syphilitique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CXLIV, fasc. 6, Juillet 1924). — W. a suivi, dans les services de Deneke et de Hegler, 301 cas d'aortite syphilitique (233 hommes et 68 femmes). Les observations qu'il utilise comportent toutes la preuve de l'infection spécifique, soit par l'anamnèse, soit par la séro-réaction. Les premiers troubles cardiaques avaient disparu, dans un cas, un an seulement après l'infection. Le plus souvent, l'aortite se manifeste 10 à 30 ans après le chancre, quelquefois même 40 ou 50 ans seulement après. Les essais thérapeutiques de W. sont nettement favorables à l'influence du traitement spécifique sur l'aortite. L'activité la plus grande paraît appartenir aux novarsenicaux : 606, silbersarvarsan, néosalsarsan ; mais ces 2 derniers produits paraissent préférables au 606, dont l'emploi exige l'injection d'une plus grande quantité de solvant, ce qui n'est pas sans inconvénient chez les cardiaques. On peut arriver rapidement à des doses de 0,45 ou de 0,60 de néosalvarsan, à des intervalles de 5 à 7 jours, jusqu'à un total de 4 à 6 gr. L'association novarsenic-mercure-iodure donne les plus beaux résultats tant sur les symptômes subjectifs que sur les altérations objectives, en particulier sur l'aspect et sur le diamètre de l'aorte à la radioscopie. Les principaux cas de la statistique de W. se répartissent de la manière suivante :

		Améliorés ou stationnaires	Aggravés	Morts
		%	%	%
Salvarsan associé.	87	69 = 79,3	2 = 2,3	16 = 18,4
Iode + Hg	54	33 = 61,1	6 = 11,1	15 = 27,8
Traitement insuffisant	95	14 = 14,7	18 = 18,9	63 = 66,3
Non traités. . . .	55	2 = 3,6	7 = 12,7	46 = 83,6

Les meilleurs résultats sont obtenus, bien entendu, dans des cas entrepris de bonne heure, sans insuffisance aortique et sans anévrisme. W. a également utilisé, dans un nombre restreint d'observations, la bismuthothérapie, qui lui a paru active. Il a aussi eu recours au traitement novarsénical prolongé selon la technique de Schottmüller, c'est-à-dire jusqu'à des doses totales de 20 ou 30 gr. Cette méthode lui semble excellente.

Parmi les observations rapportées par W., il faut noter celle d'un homme de 57 ans, qui avait contracté la syphilis en Décembre 1922, et qui fit en Décembre 1923 une périostite tibiale. A ce moment, il y avait déjà élargissement de l'aorte et clangor du 2e bruit. Tous ces symptômes disparurent après un traitement arsenical. Matzdorff a formulé une loi d'après laquelle le tabes serait d'autant plus précoce dans la syphilis que cette dernière aurait été contractée à un âge plus avancé. W. se demande s'il n'en serait pas de même pour l'aortite.

J. Mouzon.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

C. Levaditi, S. Nicolau et Mlle R. Schoen. ***L'étiologie de l'encéphalite épizootique du lapin, dans ses rapports avec l'étude expérimentale de l'encéphalite léthargique. Encephalitozoon cuniculi (nov. spec.)*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XXXVIII, n° 8, Août 1924). — Les recherches expérimentales sur le lapin de Kling et de ses collaborateurs leur ont permis d'isoler un « virus suédois », qu'ils ont considéré comme l'agent de l'encéphalite épidémique, ce qui les a amenés à penser que L. et ses collaborateurs avaient en réalité isolé non le virus de l'encéphalite, mais tout simplement le virus herpétique.

L., N. et S. exposent leurs recherches expérimentales nouvelles, qui les ont conduits à réfuter la conception de Kling et à identifier l'encéphalite expérimentale étudiée par ce savant avec une infection spontanée et épizootique du lapin, dont les particularités cliniques et anatomo-pathologiques avaient été précisées par plusieurs auteurs américains et anglais, et dont le microbe a été récemment découvert.

Ils ont pu faire ces expériences à l'aide du virus suédois de Kling, sur des lapins français et suédois. Cette épizootie est rare chez les lapins de nos pays. Ils ont vu que Kling, ainsi que Thalheimer, ont travaillé avec le germe de l'encéphalite spontanée du lapin, alors qu'ils pensaient avoir entre les mains le virus de l'encéphalite humaine, lequel est filtrant et invisible.

Le germe de l'encéphalite épizootique du lapin est l'*encephalitozoon cuniculi*; il semble avoir été décrit pour la première fois par J. Wright et E. Craighead en 1922. Expérimentalement ou spontanément, il donne une encéphalite à évolution très lente. Ce germe peut être présent soit dans l'encéphale, soit dans le rein, soit encore simultanément dans les deux organes, chez des lapins inoculés avec les virus de Kling et de Thalheimer, ou infectés expérimentalement avec le virus de l'encéphalo-myélite épizootique. En outre, l'infection est transmissible au rat, au chien et à la souris. Chez le lapin, le virus s'élimine par l'urine, qui semble l'agent de dissémination de la maladie.

Il s'agit d'un sporozoaire; la maladie du lapin est donc une microsporidiose. L. Rivet.

W. Mestrezat. ***Introduction à l'étude chimique des réactions organiques : séméiologie du liquide céphalo-rachidien dans les infections sous-arachnoïdiennes*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XXXVIII, n° 8, Août 1924). — L'infection, en général, et celle des espaces sous-arachnoïdiens, en particulier, amène une modification locale ou générale des milieux humoraux. L'équilibre observé est la résultante de l'interaction du germe infectant et de la réaction de l'organisme. Dans cet important mémoire, M. tire un parti diagnostique des modifications observées. Il s'efforce de préciser la signification des variations du taux de l'albumine, des chlorures et du sucre. Il précise les syndromes céphalo-rachidiens présentés par les diverses affections. Le diagnostic de la méningite tuberculeuse, des méningites aiguës non tuberculeuses, des lésions de méningite chronique, des lésions de myélite ou d'encéphalite, de simple congestion des méninges ou des centres, est, ainsi, possible par la seule étude chimique de la réaction organique observée.

Dans un addendum technique, M. précise les procédés qu'il conseille d'utiliser dans ces études.

L. Rivet.

ANNALES de DERMATOLOGIE et de SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

E. Paillet (de Liége). ***Paraffinomes ou pseudo-tumeurs fibro-conjonctives consécutives aux injections d'huile minérale*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome V, n° 7, Juillet 1924). — A l'occasion de 3 observations personnelles, P. étudie les paraffinomes, tumeurs dont les caractères cliniques sont toujours assez nets pour pouvoir être identifiées, malgré parfois les dénégations du malade; dans son deuxième cas, en effet, l'injection était formellement niée et on trouva dans la tumeur 2 cmc de paraffine à l'examen chimique.

Ce sont des tumeurs à consistance dure, parfois cartilagineuse, superficielles ou profondes, plus ou moins bien limitées, adhérant habituellement en leur centre à la peau. Celle-ci peut être saine ou infiltrée, rouge, présentant même certains points sucre d'orge à la vitro-pression, simulant un aspect lupoïde; elles s'accroissent lentement et régulièrement par envahissement périphérique ou coalescence de plusieurs noyaux. Elles ne se résorbent jamais. La gêne qu'elles provoquent est surtout liée à leur volume et à leur localisation.

P. estime que ces tumeurs fibro-conjonctives peuvent être considérées comme de simples réactions d'enkystement vis-à-vis d'un corps étranger susceptible d'être divisé en gouttelettes d'une extrême ténuité; le terrain tuberculeux peut jouer un rôle dans la production des tumeurs, ainsi que la pureté des produits, et leur point de fusion.

Le traitement consiste dans l'extirpation chirurgicale des tumeurs; l'ionisation à l'iodure de potassium peut rendre des services dans les cas inopérables.

Au point de vue prophylactique, on n'emploiera jamais d'huile minérale comme excipient de médicaments destinés à être injectés (camphre, mercure, bismuth); on n'emploiera que de l'huile végétale pure et entièrement saponifiable.

R. Burnier.

REVUE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE
(Bordeaux)

Pierre Mauriac. ***L'insuline en chirurgie*** (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 15, 15 Août 1924). — Quand une intervention est indiquée chez un diabétique et que l'urgence n'est pas telle que l'on doive opérer sur l'heure, l'insuline rend les plus grands services en diminuant l'hyperglycémie et l'acidose et en réalisant la préparation idéale du malade.

Quand un diabétique doit être opéré d'urgence, l'insuline n'a de chances d'agir que lorsque l'état de shock opératoire est dissipé et l'anesthésique éliminé.

L'insuline est indiquée dans les suites opératoires pour hâter la cicatrisation des plaies et permettre au diabétique d'ingérer une ration suffisante d'hydrates de carbone.

Dans les cas de diabète avec acidose s'accompagnant de fièvre et de suppuration abondante, l'insuline est le plus souvent sans action, mais doit être essayée.

Dans les complications infectieuses du diabète évoluant sans fièvre et sans acétone, l'insuline donne de bons résultats.

Dans les applications chirurgicales de l'insuline on ne doit employer autant que possible que des insulines pures, n'ayant aucune action empêchante sur la coagulation du sang.

Leroux-Robert.

Georges Liébault. ***Sinusites postérieures et névrites rétro-bulbaires*** (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 17, 15 Septembre 1924). — Le rapport de cause à effet entre la névrite rétro-bulbaire et les sinusites postérieures n'est pas encore définitivement établi. Jusqu'en ces derniers temps les ophtalmologistes admettaient que des lésions purulentes, polypoïdes, fongueuses des sinus sphénoïdaux et de l'ethmoïde pouvaient par voisinage infecter le nerf optique. Récemment les rhinologistes ont été plus loin en admettant que des lésions beaucoup plus discrètes des sinus postérieurs pouvaient retentir sur le nerf optique : telles les sinusites latentes, et qu'en dehors de toute étiologie évidente la névrite optique relevait d'une lésion du sinus qui justifiait l'intervention.

A l'engouement du début une réaction tend à se faire, apportant à l'intervention systématique de grosses restrictions, tenant, selon la remarque très judicieuse de L., à deux ordres de causes : 1° l'examen général incomplet qui laisse ignorer une cause classique : telle la sclérose en plaques fruste; 2° la mauvaise classification des lésions des sinus postérieurs.

Le sinus sphénoïdal peut présenter trois ordres de lésions : a) *dégénérescence polypeuse* de l'étage supérieur et postérieur des fosses nasales (polypes du nez); b) *sphéno-ethmoïdite purulente* classique; c) *lésions congestives et catarrhales du sinus*, avec muqueuse simplement congestionnée, brillante et humide, gros cornet moyen turgescent et sécrétion aqueuse dans la rainure olfactive.

Cette lésion est rencontrée, le plus souvent. C'est à propos de cette dernière qu'on discute. Elle n'est pas de nature infectieuse, mais seulement congestive. Il s'agit de troubles circulatoires ou mieux *vaso-moteurs* pouvant porter à la fois sur la fosse nasale et le nerf optique et qui seraient dus à une réaction du *sympathique* ou du *ganglion sphéno-palatin*.

Or, l'hypertrophie d'un cornet, une crête de la cloison, l'étroitesse d'un orifice sphénoïdal produisent une irritation de la muqueuse et une perturbation du fonctionnement sympathique. L'intervention qui supprime la cause (cornet, crête, etc...) n'agit pas par l'hémorragie décongestive ou l'aération du sinus, mais par régularisation de la fonction sympathique.

Ces déductions, d'un enchaînement logique, éclairent d'un jour nouveau la pathogénie de certaines névrites et donnent la raison des bienfaits de l'intervention nasale.

Avant d'incriminer le nez il faut cependant éliminer la *névrite syphilitique*, la *névrite infectieuse aiguë* et la *sclérose en plaques fruste* et n'opérer qu'à bon escient.

L'intervention doit être précoce. Pour l'exécuter L. préfère à la voie transseptale de Segura, la voie endonasale qui permet après résection du cornet moyen de nettoyer facilement les cellules ethmoïdales et le sinus. Leroux-Robert.

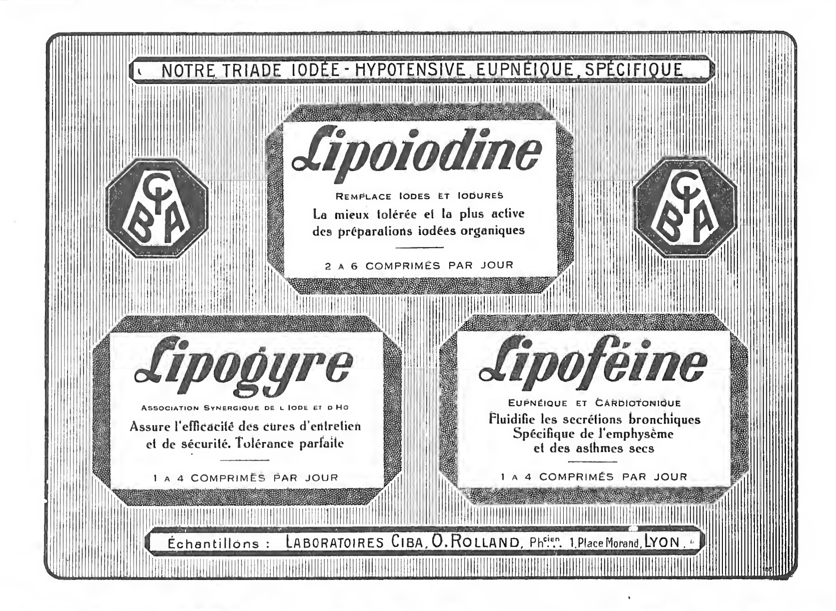
REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

E. Leuret et P. Delmas-Marsalet (Bordeaux). ***Valeurs respectives des données manométriques et de la radiologie dans le pneumothorax artificiel*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome V, n° 3, Juin 1924). — Après avoir défini la pression efficace intrapleurale ou pression moyenne dynamique, L. et D. font une étude critique des divers dispositifs imaginés pour mesurer la pression intrapleurale. A la lumière de la notion de la pression efficace intrapleurale, ils individualisent deux types principaux de pneumothorax thérapeutique : le pneumothorax de repos pulmonaire et le pneumothorax de compression pulmonaire. Ils exposent enfin la valeur des courbes d'insufflation, qui permettent de diagnostiquer la nature anatomique des cavités pleurales, l'étude de ces courbes pouvant se traduire par 6 lois bien individualisées.

L'importance de ces notions a amené L. et D. à faire construire un insufflateur d'un type nouveau (Boulitte). L'appareil se compose de deux parties : 1° le dispositif d'insufflation ou d'aspiration; 2° le système manométrique. Ce dernier comprend deux manomètres à eau en U; l'un est un manomètre ordinaire, c'est le manomètre chercheur, permettant de savoir si l'on est dans la cavité pleurale; l'autre est le manomètre compensateur de Marey appliqué par Delmas à la mesure de la pression efficace intrapleurale. L. et D. exposent par le détail la manœuvre de l'appareil.

Il leur paraît acquis que la pression efficace intrapleurale et la méthode des courbes d'insufflation constituent non point des recherches d'un certain intérêt en matière de pneumothorax, mais s'élèvent à la hauteur d'une méthode d'exploration pleuro-pulmonaire qui mérite de prendre place à côté de l'examen clinique et de la radiologie. L. Rivet.

D. Olmer et Albert Crémieux (Marseille). ***Présence du bacille de Koch dans le liquide duodénal retiré par tubage. Sa signification, son application au diagnostic de la tuberculose*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome V, n° 3, Juin 1924). — O. et C. ont recherché le bacille tuberculeux dans le liquide duodénal retiré par tubage à jeun chez 10 malades (16 tubages). Dans 5 cas, ils ont obtenu


NOTRE TRIADE IODÉE - HYPOTENSIVE, EUPNÉIQUE, SPÉCIFIQUE
Lipoiodine
REMPLACE IODES ET IODURES
La mieux tolérée et la plus active
des préparations iodées organiques
2 A 6 COMPRIMÉS PAR JOUR
CIBA
Lipogyre
ASSOCIATION SYNERGIQUE DE L IODE ET D HG
Assure l'efficacité des cures d'entretien
et de sécurité. Tolérance parfaite
1 A 4 COMPRIMÉS PAR JOUR
Lipoféine
EUPNÉIQUE ET CARDIOTONIQUE
Fluidifie les secrétions bronchiques
Spécifique de l'emphysème
et des asthmes secs
1 A 4 COMPRIMÉS PAR JOUR
Échantillons : LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, Ph^cien 1, Place Morand, LYON.

une inoculation positive au cobaye. Parmi ces 5 malades, 2 seulement étaient atteints de tuberculose ouverte avec crachats bacillifères.

Le résultat de plusieurs tubages, faits parfois à 2 mois de distance, a toujours été le même pour un même malade; inoculation au cobaye toujours positive ou toujours négative.

Sur 16 examens, le bacille de Koch n'a été décelé qu'une seule fois à l'examen direct.

L'inoculation a été négative, à 2 reprises différentes, dans 2 cas qui semblaient cliniquement attribuables à la tuberculose : un cas de pleurésie sérofibrineuse; un cas de cortico-pleurite avec localisations génitales, péritonéales, osseuses.

L'inoculation a été 2 fois positive dans un cas de syndrome de Vaquez, où les signes pulmonaires étaient très minimes; elle a été également positive chez un jeune homme de 17 ans, asthénique, anémié et amaigri, suspect de bacillose péritonéale débutante, sans signe net.

Si les résultats positifs peuvent, dans certains cas, s'expliquer par la déglutition des crachats bacillifères, dans les cas de tuberculose fermée, il convient d'incriminer surtout l'élimination biliaire, en rapport avec une bacillémie tuberculeuse. Il est inutile d'insister sur la valeur d'une telle recherche au point de vue du diagnostic. L. Rivet.

R. Burnand et M. Bothézat. ***Poussées fébriles brusques et périodiques chez certains tuberculeux pulmonaires du sexe masculin (essai d'interprétation pathogénique de la périodicité en tuberculose)*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome V, n° 4, Août 1924). — A l'aide de 3 observations, B. et B. montrent qu'au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire chronique, on peut voir apparaître des poussées fébriles présentant les caractères suivants :

Elles sont soudaines dans leur apparition et soudaines dans leur disparition, leur durée n'excédant pas 3 à 4 jours. Elles sont représentées par des clochers fébriles de grande amplitude (37-40°, 36,5-39°) séparés par des rémissions matinales profondes. Elles se répètent à des intervalles réguliers, et se produisent souvent en série suivant un rythme fixe et frappant. La période intercalaire la plus habituelle entre les poussées est de 25 à 35 jours; elle est caractérisée par une apyrexie complète. Ces poussées s'accompagnent généralement de signes catarrhaux et congestifs au niveau des lésions pulmonaires. Elles ne cèdent à aucune thérapeutique, ni antithermique, ni spécifique.

Ces accès fébriles périodiques ne paraissent correspondre ni à des poussées évolutives, ni à des phénomènes de rétention intracavitaire. L'hypothèse de poussées granuliques ou de décharges bacillémiques, bien que peu probable, ne peut être éliminée complètement. La périodicité des accidents ne semble pas en rapport avec des causes exogènes (variations météorologiques, cosmiques et saisonnières) ni avec des écarts de cure, fatigues ou efforts physiques, mais semble devoir être cherchée dans la biologie même du bacille, en supposant l'existence d'un cycle d'évolution du bacille de Koch dans l'organisme ; on peut se demander si, à un certain stade de sa transformation, il n'y aurait pas une libération brusque d'endotoxines de la part du microbe en proie aux leucocytes; puis un stade d'immunité s'installerait jusqu'au stade suivant. On peut également songer à une périodicité neuro-végétative, coïncidant avec le fonctionnement périodique de certaines glandes endocrines, ou à des phénomènes d'immunité alternante.

Quoi qu'il en soit du point de vue théorique, le fait clinique méritait d'être bien individualisé, et il ne paraît pas exceptionnel. La répétition d'accidents de ce genre comporte, à lointaine échéance, un pronostic souvent sérieux, presque au même titre que l'apparition des ondes fébriles sur le tracé thermométrique. L. Rivet.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]

(*Rome*)

T. Gaudioso. ***Recherches expérimentales sur les greffes osseuses*** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], tome XXXI, fascicule 23, 9 Juin 1924). —G., après avoir expérimentalement pratiqué sur l'animal un grand nombre de greffes osseuses, conclut que cette méthode est capable d'aboutir à une restauration anatomique complète.

Cependant les examens histologiques ne permettent pas de conclure que le greffon conserve sa vitalité; il semble agir seulement sur les tissus restés sains en stimulant leur activité ostéogénétique.

Sur la plupart des pièces, le fragment greffé semble avoir disparu et est remplacé par du tissu conjonctif jeune.

La moelle prend également part au processus de réparation par une multiplication anormale des ostéoblastes.

L'auteur insiste sur le fait que le liquide de Ringer conserve parfaitement les fragments osseux à une température de 0° pendant un temps n'excédant pas 10 jours.

R. Carusi. ***L'anisocorie provoquée dans la tuberculose au début*** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], tome XXXI, fascicule 29, 21 Juillet 1924). — C. préconise dans les cas où le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début se montre difficile une méthode qui lui aurait donné les meilleurs résultats.

Elle consiste à instiller sur la conjonctive une goutte d'une solution d'atropine ou mieux de cocaïne à 4 pour 100. La réaction pupillaire d'un seul côté permettrait de soupçonner une localisation tuberculeuse au début.

Ce signe n'a naturellement que la valeur d'un signe accessoire qui ne fait qu'apporter sa contribution à l'ensemble du syndrome clinique.

L. de Gennes.

F. de Napoli. ***Sur l'étiologie de la sclérose des corps caverneux*** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], tome XXXI, fascicule 31, 4 Août 1924). — La sclérose des corps caverneux constitue une entité clinique assez rare et peu connue, qui commence rarement avant 40 ans et conduit à l'impossibilité totale de l'acte génital. L'auteur rapporte le cas d'un homme âgé de 64 ans, syphilitique ancien, dont la verge en érection se coudait à angle droit. La cause de cette infirmité était due à l'existence sur la face dorsale de la verge d'un noyau d'induration scléreuse dont aucun traitement ne put triompher. Depuis, l'auteur s'est attaché à la recherche de cas analogues dont il distingue 2 groupes.

L'un comprend les scléroses essentielles ou primitives des corps caverneux constituant une véritable induration plastique que l'on rencontre surtout chez les arthritiques et chez les goutteux.

L'autre comporte les scléroses secondaires et ressortit presque toujours à des causes locales : blennorragie, lésions syphilitiques, traumatisme, tuberculose.

L. de Gennes.

F. Trojano. ***Un cas de corps étranger de l'estomac*** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], tome XXXI, fascicule 31, 4 Août 1924). — T. rapporte le cas d'une mentale persécutée qui, après plusieurs vaines tentatives de suicide, s'introduisit dans l'œsophage une longue épingle à chapeau. Celle-ci passa dans l'estomac et traduisit bientôt sa présence par une douleur transfixiante atroce. L'intervention put retirer par voie gastrique le corps étranger et la malade guérit sans incident.

L'auteur rappelle un certain nombre de cas analogues publiés dans ces dernières années et montre l'étonnante tolérance que le tube digestif peut avoir pour des corps étrangers parfois très volumineux.

L. de Gennes.

G. Antonino. ***Le réflexe crémastérien dans les lésions péritonéales des deux quadrants supérieurs de l'abdomen*** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], tome XXXI, fascicule 32, 11 Août 1924). — A. rapporte un certain nombre de cas de syndromes péritonéaux dans lesquels il a étudié le réflexe crémastérien. Aux termes de ses conclusions, celui-ci se produit spontanément dans toutes les lésions traumatiques ou inflammatoires de la partie supérieure de l'abdomen; il n'est jamais observé dans les lésions des deux quadrants inférieurs.

Dans certains cas cependant, le réflexe ne se produit plus spontanément sous la seule influence des mouvements respiratoires, mais il apparaît lorsqu'on exerce une légère pression sur la paroi abdominale au voisinage de la blessure. Le réflexe est homolatéral et correspond toujours au côté de la lésion.

L'auteur admet que le stimulus nerveux dont l'origine est au point lésé se transmet directement au crémaster.

L. de Gennes.

CUORE E CIRCULAZIONE

(*Rome*)

A. Luisada. ***Influence de la pesanteur sur la pression artérielle locale de l'avant-bras : étude des épreuves fonctionnelles statiques dans les syndromes d'hypotension*** (*Cuore e circulazione*, fasc. 8, Août 1924). — Depuis les recherches de Cardarelli (1886), l'étude des variations du pouls et de la tension artérielle suivant diverses positions des membres a donné lieu à plusieurs études, dont les résultats ont été contradictoires. L. a repris cette étude à l'aide de l'oscillomètre de Pachon. Le sujet, au repos depuis plusieurs heures, est maintenu dans la position horizontale; on pratique l'examen en dehors des périodes digestives, en appliquant le brassard au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras. On recherche 3 à 4 fois la tension artérielle, le membre supérieur étant d'abord maintenu horizontal le long du corps, puis élevé à angle droit, enfin abaissé jusqu'à former avec le corps un angle de 85° environ. Chez les sujets sains, l'élévation du bras détermine une chute de la tension de 25 mm. environ, l'abaissement du bras une élévation égale. Chez 70 malades atteints d'affections cardio-vasculaires, L. a noté presque toujours des résultats s'écartant de ceux qu'il a trouvés chez les sujets sains. Plusieurs courbes schématisent ces résultats. Le plus souvent, dans 32 cas, il a assisté pendant l'élévation du bras à une augmentation de la tension variable (Mx — Mn), tandis que l'abaissement du bras détermine une baisse de tension. L. étudie en détail les explications possibles; les variations de pression qui se produiraient si le système artériel était comparable à un système rigide paraissent atténuées par un réflexe; ce réflexe serait altéré dans les cas pathologiques.

L. Cotoni.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Munich*)

E F. Müller. ***Le rôle de la peau dans l'action de l'insuline*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 25, 20 Juin 1924). — Dans des recherches antérieures, M. a établi que la peau joue un rôle spécial vis-à-vis de certains processus biologiques généraux (réaction de l'organisme envers les albumines non spécifiques par exemple), se traduisant avant tout par un renforcement de certaines excitations qui semble pouvoir être mis sur le compte des relations étroites de la peau avec le système nerveux autonome, et principalement avec sa portion parasympathique. Par ailleurs, vis-à-vis de toute une série de poisons, la peau paraît exercer une fonction antitoxique qu'on est tenté d'attribuer simplement à la résorption plus lente des injections intradermiques. En réalité, les choses se passent d'une façon plus compliquée. Bogendörfer a déjà constaté que la peau jouit d'un pouvoir antitoxique direct sur la toxine diphtérique. Les expériences de M. avec l'insuline viennent montrer que la peau joue vis-à-vis de certaines substances qu'on y injecte un rôle spécial renforçateur dont le mécanisme demeure obscur.

Chez le lapin, l'injection d'une unité d'insuline par kilogr. donne des résultats très différents selon que l'injection est pratiquée dans le tissu cellulaire ou dans la peau elle-même. On obtient un abaissement de glycémie de valeur sensiblement égale (environ 50 pour 100 du taux initial) atteignant son maximum dans le même délai (2e heure), mais tandis que lors de l'injection sous-cutanée la diminution n'est plus que de 25 pour 100 au bout de 4 heures et qu'après 6 heures la glycémie est revenue à son niveau normal, avec l'injection intradermique, l'abaissement de la glycémie se maintient à son maximum pendant 6 heures au moins; la durée de l'action de l'unité d'insuline est donc triplée; on ne peut invoquer des conditions de résorption différentes, la diminution de la glycémie étant pratiquement atteinte dans le même délai avec les deux méthodes, et toute infiltration visible ou palpable du derme ayant disparu en une demi-heure.

Les expériences faites avec les doses élevées d'insuline confirment les résultats des précédentes. L'action toxique et la mort nécessitent pour se produire des doses bien plus élevées lorsqu'on emploie la voie intradermique que lorsqu'on utilise la voie sous-cutanée. P.-L. Marie.

K. Fink. ***Le diagnostic de la grossesse par les méthodes biologiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 25, 20 Juin 1924). — F. a laissé de côté la méthode de l'hémolyse du sang de cheval par le venin de cobra basée sur la rapidité plus grande de l'hémolyse que provoque le sérum plus riche en lipoïdes de la femme enceinte, car on peut lui reprocher de n'être pas assez spécifique, le sérum des tuberculeux, des syphilitiques, des cancéreux agissant de la même façon, et d'être trop tardive (4e mois). F. n'a pas d'expérience non plus de la réaction au sorzyme de Kottmann qui repose sur la présence dans le sérum des femmes gravides de substances qui libèrent le fer de certaines de ses combinaisons avec les albumines (sorzyme).

Mais il a utilisé l'épreuve de la formation d'antitrypsine dans l'organisme des femmes enceintes, qui est basée sur ce principe que la caséine dissoute dans l'acide chlorhydrique est précipitée complètement par le sulfate de soude ; dans cette réaction une certaine quantité de HCl se lie à la caséine précipitée ; par titration on dose HCl resté libre, ce qui indique la quantité de caséine digérée par la trypsine ajoutée et permet de mesurer l'empêchement exercé par l'antitrypsine du sérum considérée. Dans 20 cas étudiés, F. a obtenu des résultats positifs, et dès la 4e semaine. Malheureusement la méthode manque de spécificité, les inflammations et le cancer étant des sources d'erreurs.

La réaction d'Abderhalden, d'après l'expérience de F., est la plus recommandable. Elle est positive très précocement (8e jour), mais d'exécution très délicate. F. a trouvé des résultats négatifs chez 2 pour 100 des femmes sûrement enceintes et dans le diagnostic différentiel de la grossesse on ne peut lui accorder une confiance absolue.

La mesure de la vitesse de sédimentation des globules rouges, de technique très simple, et qui rend des services dans le diagnostic gynécologique, a l'inconvénient pour le diagnostic précoce de la grossesse de ne déceler que tardivement (4e mois) d'une façon nette l'accélération de la chute des hématies.

L'épreuve de la glycosurie adrénalinique (injection d'un demi-milligr. d'adrénaline après ingestion de 10 gr. de glycose) a été détrônée par celle de la glycosurie phloridzique (injection de 2 milligr. de phloridzine). Celle-ci n'a pas la valeur que lui ont accordée Kamnitzer et Joseph qui ont soutenu que l'absence de sucre constatée avec le réactif de Nylander éliminait absolument la grossesse. F. a trouvé 96 pour 100 de résultats positifs chez les femmes enceintes. La méthode est donc encore utilisable.

Les réactions biologiques peuvent rendre des services dans le diagnostic différentiel de la grossesse tubaire. Ainsi dans 6 cas, où une inflammation annexielle avait été prise pour une grossesse tubaire, leur résultat uniformément négatif élimina ce dernier diagnostic ; de même dans 2 cas où une grossesse tubaire avait été diagnostiquée à tort. Toutefois dans 4 cas de grossesse tubaire diagnostiquée et confirmée par l'opération, les 3 réactions pratiquées ne donnèrent pas de résultats concordants ; elles indiquaient cependant une présomption de gestation.

Au cas de fœtus mort, les résultats se sont montrés assez discordants entre les diverses réactions employées. Lorsqu'elles sont toutes négatives, elles aident au diagnostic souvent délicat entre un fœtus mort et une tumeur de l'utérus.

P.-L. Marie.

A. Mayer. ***Traitement des paralysies post-opératoires de l'intestin*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 28, 11 Juillet 1924. — En cas d'échec des moyens habituellement employés (purgatifs, irrigations intestinales), échec qui est loin d'être rare, ou bien lors se montrent les vomissements, le météorisme et l'accélération du pouls, M. recommande d'avoir recours à l'injection intraveineuse d'eau physiologique additionnée d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse (500 à 1.000 cmc d'eau physiologique pour 4 à 6 cmc d'extrait). L'injection est faite lentement au début ; souvent, bientôt après des gaz sont évacués et une selle est obtenue, les extrémités se réchauffent, le facies abdominal disparaît, le pouls se renforce. Si, au bout d'un quart d'heure, aucun résultat n'a été obtenu, on ajoutera de l'extrait hypophysaire jusqu'à une dose totale de 8 cmc ; il est bon alors d'injecter 1 cmc d'extrait directement à travers la paroi du tube de caoutchouc au voisinage de la veine de manière à administrer l'extrait sous forme plus concentrée. Dès qu'une selle a été obtenue, on ralentit le débit de façon à n'injecter que par gouttes rapides le reste du liquide. Ensuite, l'aiguille étant laissée dans la veine, on pratique avec avantage une injection glycosée. M., qui est à la tête de la clinique gynécologique universitaire de Tübingen, a employé cette méthode avec un succès durable chez 10 opérées sur 52 qui présentaient de la paralysie intestinale et paraissaient dans un état désespéré ; il n'a noté aucun inconvénient, à part des douleurs parfois assez vives, mais passagères, dues au péristaltisme exagéré de l'intestin. Si l'on veut tirer le maximum d'avantages de cette méthode, il importe d'y avoir recours assez précocement. Elle a donné des succès également dans les paralysies gastriques post-opératoires. Elle a une certaine valeur pronostique : l'absence de toute évacuation de gaz ou de matières est du plus mauvais augure. Elle facilite aussi en une certaine mesure le diagnostic entre l'iléus mécanique et les formes de péritonite qui occasionnent des coliques intestinales : si l'injection provoque une évacuation intestinale, on peut exclure l'iléus mécanique et une nouvelle laparotomie est superflue ; en cas de résultat négatif, le diagnostic reste en suspens.

Lorsque cette thérapeutique a échoué, la question d'une intervention opératoire se pose. M. recommande de la pratiquer sous rachianesthésie, cette dernière suffisant parfois à provoquer une évacuation intestinale abondante, probablement par suite de l'anesthésie des nerfs splanchiques qui excite le péristaltisme, ce qui rend l'opération inutile.

P.-L. Marie.

E. Andersen. ***L'importance des ions chlore dans la guérison des inflammations et des néoplasies malignes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 25, 20 Juin 1924). — A. a constaté que l'érysipèle comme la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc., s'accompagne d'une rétention chlorurée, rétention qui se traduit par la présence au niveau de la peau d'une quantité exagérée de chlorures qui n'est pas limitée à la région où siège l'érysipèle. Or on sait que, comme la pneumonie et la fièvre typhoïde, et certes encore plus qu'elles, l'érysipèle peut faire disparaître un lupus, un eczéma, des chéloïdes, des néoplasies malignes, cancer ou sarcome. Ces infections ont de commun la fièvre et la rétention chlorurée. A. part de cette donnée pour soutenir que cette rétention représente un processus de défense efficace contre l'agent nocif. Les ions Cl iraient se fixer d'abord dans l'organe où siège l'inflammation, puis partout où peuvent exister d'autres foyers inflammatoires dans l'économie. Un organisme riche en Cl se défendrait mieux que celui qui en est mal pourvu. A. explique ainsi la bénignité de la fièvre typhoïde chez l'enfant, l'organisme de ce dernier étant plus riche en Cl que celui de l'adulte.

Les tissus de l'embryon renferment plus de Cl que ceux de l'adulte. Les néoplasmes qui seraient pour A. la conséquence d'une irritation modérée, mais longtemps prolongée, aboutissant à un retour à l'état embryonnaire de prolifération sans frein, seraient eux aussi primitivement riches en Cl et attireraient à eux le Cl du reste de l'organisme qui s'en trouve ainsi très appauvri. La radiothérapie faite à doses suffisantes provoquerait, par suite de l'irritation produite, une surcharge en Cl des cellules néoplasiques y déterminant des altérations irréversibles. Mais comme l'organisme cancéreux est appauvri en Cl, il y a lieu de lui en fournir. Un des meilleurs moyens, bien que douloureux, serait d'exciser la peau sur l'étendue d'une pièce de 5 francs au niveau de la cuisse, et de recouvrir cette surface de NaCl, le Cl serait absorbé sous forme ionisée. Ce procédé renforcerait l'action de la radiothérapie. Les tissus en effet sont d'autant plus sensibles aux rayons qu'ils sont plus riches en Cl (peau, rein, tissu lymphatique). A. a traité par des applications directes de NaCl un cancer du sein récidivé ; la tumeur régressa, montrant des aspects histologiques analogues à ceux qu'on observe après la radiothérapie, et l'état général s'améliora, mais le traitement dut être interrompu.

P.-L. Marie.

I. Zadek. ***Le pronostic de l'anémie pernicieuse de Biermer*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 25, 20 Juin 1924). — L'anémie pernicieuse cryptogénétique est incurable, mais elle a une durée très variable qui peut dépasser 10 ans, par suite de l'existence de rémissions plus ou moins nombreuses et prolongées, si bien que la question du pronostic offre de l'intérêt.

Jusqu'ici l'on s'appuyait surtout sur l'hématologie, les signes cliniques proprement dits (intensité de la teinte jaunâtre des téguments, troubles nerveux, achylie gastrique, modifications de l'aspect de la langue, disparition de l'appétit, etc.) n'ayant pas une grande valeur à cet égard. Du point de vue hématologique, ce sont avant tout les crises sanguines qui ont une importance pronostique ; caractérisées par l'apparition de nombreux normoblastes, par l'augmentation des plaquettes et des leucocytes, surtout des neutrophiles, souvent aussi des éosinophiles et des monocytes, tandis que les lymphocytes tendent à diminuer, elles annoncent une amélioration prochaine ; mais elles sont rares et fugitives, et d'autre part elles ne permettent pas de se prononcer sur l'importance et la durée de l'amélioration qu'elles font présager et qui ne constitue pas toujours une vraie rémission. En dehors des crises sanguines, les modifications quantitatives et morphologiques de la formule hématologique n'ont qu'une valeur pronostique assez discutable en raison de leur variabilité, sauf au cas de différences très tranchées ; l'évolution des plaquettes fournit le meilleur indice : elles augmentent au début de la rémission et pendant cette dernière ; elles diminuent brusquement, atteignant souvent alors des chiffres très bas, au moment de la récidive et de la période d'état.

Z. propose deux nouveaux critères selon lui plus dignes de confiance : l'intensité des manifestations hémolytiques que traduit la quantité d'urobiline excrétée dans les selles et dans l'urine, le degré de la respiration du sang.

Pendant la période d'activité de la maladie, les symptômes d'hémolyse exagérée, stercobiline en excès, bilirubinémie, pléiochromie, urobilinurie, sont à leur apogée, et pour Z. la cause première de l'anémie pernicieuse réside dans une hémolyse exagérée de nature encore inconnue. Une hémolyse exagérée, indiquée par le taux élevé de l'urobiline urinaire, et surtout fécale, pendant la phase de rémission, présagerait de façon précoce et certaine la récidive, et cela malgré la présence possible d'une formule sanguine encore satisfaisante ; Z. en rapporte des exemples à l'appui. Il convient d'ajouter que l'existence d'une hémolyse ne dépassant pas les limites physiologiques ne permet pas d'affirmer que le retour d'une hémolyse excessive, c'est-à-dire de la récidive, ne se produira pas à brève échéance.

Une consommation physiologique ou diminuée d'oxygène par le sang, constatée pendant la période d'activité de la maladie ou pendant une récidive, à condition que l'hémolyse décroisse en même temps, constitue le premier indice de la rémission, en dépit de la persistance de chiffres faibles d'hématies et d'hémoglobine.

P.-L. Marie.

W. Hueck. ***La pression artérielle durant les pauses respiratoires prolongées*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 25, 20 Juin 1924) — Chez un hypertendu atteint de sclérose rénale, présentant une respiration de Cheyne-Stokes, H. a noté pendant les pauses respiratoires un abaissement de la pression sanguine, d'autant plus marqué que la durée des pauses était plus grande. La cause de ce phénomène reste obscure ; toutefois il semble que l'état psychique joue un certain rôle ; pendant la pause les excitations d'ordre psychique n'entrent plus en jeu. Ainsi s'expliqueraient les constatations inverses faites par H. chez les sujets normaux auxquels on fait exécuter des pauses respiratoires aussi longues que possible : on trouve chez eux que pendant la pause, aussi bien après l'inspiration qu'après l'expiration, la pression systolique et diastolique augmente notablement, dépassant en moyenne de 25 mm. Hg la pression habituelle. Cette augmentation est d'autant plus grande que le sujet déploie plus de volonté pour maintenir la suspension de la respiration.

Chez un vagotonique présentant un dermographisme accentué, de l'arythmie respiratoire et des crises sudorales, H. a observé un accroissement de la pression sanguine beaucoup plus fort que chez les sujets normaux.

P.-L. Marie.

A. M. Brogsitter. ***Structure des vaisseaux splanchniques dans l'hypertension*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 31, 1er Août 1924). — Jusqu'ici on s'est surtout occupé de la structure des vaisseaux du rein aux différents âges et chez les hypertendus ; on a négligé les artères du vaste territoire mésentérique. B. comble cette lacune

" Voies respiratoires "

GRIPPE

COQUELUCHE

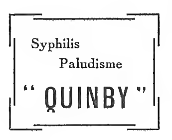
TOUX DES TUBERCULEUX

"GOUTTES NICAN"

Sédatif, Décongestif, Antispasmodique très puissant et fidèle

Se méfier des contrefaçons :

Toute imitation est dangereuse ou inefficace



Echantillons et Littératures :

Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-&-O.) — France

Reg. du Com. Versailles, 2.057.

Laboratoires F. VIGIER & R. HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmaciens, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SÉBORRHÉIQUE
CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME, PAR LE

CHLOROSULFOL VIGIER

Tétrachlorure de Carbone - Sulfure de Carbone - Soufre

ET PAR LES

SAVONS VIGIER

à l'Essence de Cadier et à l'Essence d'Oxycèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

en donnant les résultats de ses recherches faites sur des sujets normaux d'âges divers et dans 33 cas d'hypertension élevée, liée à la néphrite saturnine, au mal de Bright, au rein goutteux ou à une artério-sclérose du rein.

On pouvait croire *a priori* que l'hypertension devait déterminer des lésions fréquentes et de type assez uniforme. Or, il n'en est rien. Dans tous les cas examinés, les artères gravement atteintes constituent une petite minorité.

Les artères de calibre relativement gros (plus de 1 mm. de diamètre) présentent assez souvent une prolifération de la tunique interne d'aspect nodulaire, d'abord riche en cellules, puis fibreuse, et un fendillement de la lame élastique interne, un épaississement du tissu conjonctif de la tunique musculaire avec transformation hyaline par places. Des calcifications en stries de cette tunique furent très rarement trouvées. L'adventice se montre souvent plus épaisse que la tunique musculaire et fréquemment très riche en fibres élastiques et en *vasa vasorum*.

Ces modifications se retrouvent dans une partie des artérioles de moins de 1 mm. de diamètre. Souvent elles paraissent fortement contractées; parfois la paroi interne est transformée en blocs hyalins; parfois la lame élastique interne disparaît sur une certaine étendue; tous les types de transition se rencontrent entre la simple hyperplasie conjonctive de l'intima jusqu'au bouleversement total de l'architecture normale de la paroi. L'abondance fréquente des noyaux, la présence d'amas cellulaires au voisinage immédiat du vaisseau suggèrent l'existence d'un processus inflammatoire. Les veines et les lymphatiques montrent assez souvent des lésions analogues : épaississement de la paroi avec prolifération des endothéliums qui peuvent rendre leur distinction difficile d'avec les artères. Mais les artérioles ainsi touchées ne sont que l'exception et à côté d'elles on rencontre des vaisseaux absolument normaux, si bien qu'il est difficile de croire que les modifications observées sont la conséquence d'un état d'hypertension marqué et prolongé. On ne voit pas pourquoi une partie seulement des artères serait touchée ni pourquoi les veines et les lymphatiques seraient également atteints. D'ailleurs on peut découvrir des lésions artérielles analogues chez des sujets du même âge hypotendus (tuberculeux, cancéreux).

L'examen comparé des artères mésentériques et des artères rénales chez ces hypertendus montra que les lésions artériolaires rénales les plus graves pouvaient ne s'accompagner d'aucune altération appréciable des artères mésentériques de même calibre; il en est de même pour les vaisseaux de plus de 1 mm. On peut donc dire en présence de ces lésions si inconstantes, si variables, si limitées, n'atteignant souvent qu'un court segment artériel, qu'il n'existe pas de rapports entre l'intensité et la persistance de l'hypertension d'une part et les modifications de la paroi des artères du mésentère d'autre part.

P.-L. Marie.

H. Kiehne. ***Nouveaux résultats du traitement de la fièvre puerpérale par le sublimé et l'arsénobenzol*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 31, 1er Août 1924). — Depuis que K. a institué le traitement de la fièvre puerpérale par les injections intraveineuses combinées de sublimé et d'arsénobenzol, il a observé les résultats les plus encourageants. Sur 48 malades ainsi traitées en 1923 (seules les malades en pleine péritonite ou moribondes furent laissées de côté), il n'y eut que 4 décès (7 pour 100) alors que la mortalité de 1911 à 1921 oscilla entre 13 et 30 pour 100 annuellement.

K. conseille de soumettre à ce traitement tous les cas, même lorsque le pronostic semble être bon; en effet, il importe d'intervenir précocement et, par ailleurs, la méthode est inoffensive. Aussi, chez toute accouchée dont la température a une tendance continue à s'accroître ou à rester élevée, est-il indiqué de mettre en œuvre ce traitement pour éviter une surprise qui peut être désastreuse. Depuis qu'il l'applique, K. a vu le nombre des passages des accouchées fébricitantes dans les salles septiques diminuer notablement en même temps que s'abaissait le chiffre des décès.

P.-L. Marie.

P. Bastai et A. Busacca (de Turin). ***De la pathogénie de l'herpès fébrile : fréquence de l'infection herpétique latente chez l'homme*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 31, 1er Août 1924). — B. et B. ont déjà établi expérimentalement que chez les sujets présentant des manifestations d'herpès le virus se trouve dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien et que chez les individus atteints d'herpès récidivant il se rencontre également dans ces humeurs pendant les périodes intercalaires. Dans le cours de leurs recherches, ils avaient remarqué que certains témoins semblaient héberger le virus et avaient été conduits à penser que le virus de l'herpès peut exister à l'état latent chez des sujets n'ayant eu depuis longtemps aucune manifestation herpétique.

Désireux de confirmer cette opinion, B. et B. ont recherché systématiquement le virus de l'herpès dans le sang et le liquide céphalo-rachidien de 21 malades n'ayant eu depuis longtemps aucune éruption herpétique. Ces liquides étaient évaporés dans le vide, puis repris par l'eau physiologique et inoculés tels quels et après filtration sur bougie Berkefeld L 2 dans la cornée de lapins. Pour apprécier le résultat, B. et B. se sont basés sur l'apparition d'une kératite amicrobienne transmissible en série, sur la production d'une encéphalite aiguë, sur la filtration du virus inoculé, sur l'immunité cornéenne acquise vis-à-vis de nouvelles inoculations. Ils ont observé un résultat positif 18 fois avec le liquide céphalo-rachidien, 14 fois avec le sang; dans 3 cas seulement le résultat fut négatif à la fois avec le sang et le liquide céphalo-rachidien. Chez 4 malades le résultat fut positif avec ce dernier, mais négatif avec le sang; l'inverse ne fut jamais constaté. Le plus souvent la kératite expérimentale resta légère, caractérisée par une congestion modérée de la conjonctive, un trouble diffus de la cornée, l'apparition de vésicules typiques, mais très petites, une légère réaction de l'iris. Par contre chez près de la moitié des lapins éclata une encéphalite aiguë mortelle. Le sens des résultats ne fut pas affecté par la filtration, ils furent seulement atténués. Chez les survivants, la cornée du côté inoculé se montra immunisée vis-à-vis d'une nouvelle inoculation.

D'après ces expériences, le nombre de sujets atteints d'infection herpétique latente paraît très élevé. Rien là qui ne cadre, d'ailleurs, avec les données de la clinique, car l'on sait que la majorité des individus, sous l'influence des causes les plus diverses, peuvent présenter des récidives d'herpès.

P.-L. Marie.

W. Grüter. ***Le virus herpétique; son importance étiologique et clinique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 31, 1er Août 1924). — G. commence par rappeler que ce sont ses études cliniques et expérimentales sur la kératite dendritique qui, dès 1911, l'ont conduit à attribuer cette affection à un virus invisible qui devait être identifié plus tard avec le virus herpétique dont il possède tous les caractères : inoculation positive à la cornée du lapin avec développement de lésions très spéciales, transmissibilité en série, reproduction de la kératite dendritique chez l'homme par inoculation des lésions cornéennes du lapin, immunité procurée chez l'animal par une première inoculation cornéenne, résistance du virus aux basses températures, sensibilité très grande par contre à la chaleur.

Les recherches faites par G. dans ces dernières années tendent à prouver qu'il existe des modalités diverses du virus herpétique, en particulier un virus atténué qui donne lieu à la kératite vésiculeuse ou ponctuée, et un virus renforcé qui produit la kératite dendritique. Le virus atténué peut être exalté par plusieurs passages dans le cerveau du lapin; on obtient ainsi la kératite dendritique; ce virus renforcé peut être atténué par séjour du cerveau à la glacière dans la glycérine ou par chauffage à 36° de la suspension en eau physiologique. Par passages dans le cerveau, G. a obtenu un virus très exalté produisant après inoculation cornéenne une encéphalite aiguë rapidement mortelle qui atteignit même les lapins non inoculés des cages voisines; l'inoculation cutanée de ce virus à l'homme, au lapin, au cobaye donnait des lésions rappelant la vaccine. La cornée, inoculée d'abord avec un virus faible, puis avec un virus puissant, peut ne pas se montrer immunisée.

Le virus herpétique, qu'il soit atténué ou exalté, possède une affinité prononcée pour le système nerveux, qui chez l'homme se manifeste par les troubles de sensibilité de la cornée lorsqu'elle est atteinte d'herpès; chez l'animal la présence du virus peut être constatée après inoculation cérébrale locale jusque dans la moelle épinière et dans les nerfs craniens. Toutefois G. ne croit pas qu'on puisse identifier le virus de l'encéphalite épidémique humaine à celui de l'herpès; l'herpès est rare au cours de l'encéphalite; d'autre part Bastai a montré la persistance du virus herpétique chez l'homme dans le liquide céphalo-rachidien après des manifestations herpétiques sans qu'il occasionne d'encéphalite et l'inoculation de virus herpétique dans les espaces sous-arachnoïdiens de l'homme n'a pas été suivie d'encéphalite malgré la longue survie du virus. L'inoculation intraveineuse de virus herpétique à l'homme faite par G. n'a pas donné de résultat positif immédiat, mais quelques semaines après le patient eut une stomatite grave dont l'inoculation à la cornée du lapin ne fut malheureusement pas démonstrative en raison de l'infection bactérienne concomitante. D'après G., l'affinité neurotrope du virus herpétique se manifesterait chez l'homme non par l'encéphalite épidémique, mais par les symptômes de l'herpès zoster névralgique (zona ophtalmique par exemple avec ses paralysies oculaires, la névrite optique, l'inflammation des nerfs ciliaires).

G. a étudié systématiquement les rapports de différentes affections oculaires mal classées avec l'herpès. La kératite vésiculeuse ou bulleuse, la kératite catarrhale ponctuée et certaines kératites parenchymateuses d'origine obscure (kératite profonde, kératite en disque) seraient dues au virus herpétique atténué.

Pour G. l'impétigo contagieux est dû à l'association du virus herpétique à des pyogènes. Le zona relèverait du même virus que l'herpès; la participation nerveuse est grossière dans le premier, atténuée dans l'herpès simple. La disposition individuelle semble jouer un rôle important pour déterminer l'une et l'autre affection, et en général la morphologie des manifestations herpétiques. La morphologie des localisations cutanées ne permet pas de préjuger de la modalité du virus herpétique, seule l'inoculation cornéenne peut la préciser; il arrive que souvent le virus de l'herpès de la face est doué d'une grande activité, tandis que celui du zona est fréquemment atténué.

P.-L. Marie.

Th. Scholz (de New-York). ***Le diagnostic des métastases vertébrales dans les cas de foyer primitif latent intrathoracique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 31, 1er Août 1924). — S. rapporte 4 exemples qui montrent que, malgré une exploration clinique attentive, les tumeurs intrathoraciques peuvent rester très longtemps méconnues et que le foyer primitif, en raison de ses petites dimensions, peut échapper à l'examen radiologique tandis que les rayons X bien maniés sont capables de révéler la nature de la maladie en mettant en évidence des lésions néoplasiques du rachis, point de départ de signes cliniques fallacieux.

Le premier cas est celui d'un homme atteint de cancer du lobe supérieur du poumon resté latent, les vives douleurs dont l'épaule, la région lombaire, le talon étaient le siège ayant fait errer le diagnostic. L'examen radiologique fit découvrir des métastases dans la colonne lombo-sacrée et dans le crâne, puis après une exploration méthodique complète le foyer primitif pulmonaire. Le second cas concerne un sujet qui, après une chute sur l'épaule, vit apparaître un ganglion axillaire dur, une faiblesse croissante et des douleurs généralisées. Le siège initial de la tumeur restait incertain. La radiographie révéla une petite tumeur médiastinale et des métastases jeunes dans les vertèbres dorsales, plus avancées dans l'occipital. Chez la troisième malade, le début fut marqué par une paraplégie subite suivie de violentes douleurs lombo-sacrées; elle fut traitée d'abord pour une fracture du rachis, puis pour un mal de Pott; une radiographie soigneusement faite décela une tumeur du poumon et des métastases dans les vertèbres lombaires, dans le crâne et dans les côtes. Enfin dans le dernier cas la maladie évolua longtemps sous l'aspect d'un lumbago et d'une sciatique. Des examens radiologiques répétés de la partie inférieure du rachis étaient restés infructueux; une nouvelle exploration bien conduite fit découvrir de petits foyers de destruction dans les corps vertébraux lombaires, dans la tête du fémur et une grosse tumeur médiastinale accompagnée d'épanchement pleural.

Le radiographe a trop de tendance actuellement à limiter ses recherches aux régions que lui indique le clinicien : dans les cas obscurs il doit les étendre et même pratiquer un examen systématique complet.

P.-L. Marie.

(1) **Page n° 29** : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Fritz Eisler et Guido Holzknecht. ***Radiologie et affections articulaires*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, n° 32, 2 Août 1924). — Les auteurs envisagent les applications de la radiologie, tant au diagnostic qu'au traitement des affections articulaires. Ils énumèrent les signes qui peuvent permettre de reconnaître la tuméfaction ou l'atrophie de la capsule, l'épanchement articulaire, la sclérose et la densification de l'os, ou au contraire sa décalcification, l'exagération de l'ostéogenèse périostée, sous forme d'ostéophytes ou de parostoses, ou au contraire la résorption osseuse, sous forme de lacunes profondes ou d'ulcérations de surface, les calcifications de la capsule articulaire, des cartilages méniscaux ou des tissus périarticulaires, l'épaississement ou l'atrophie des cartilages, se traduisant par l'élargissement ou par le pincement de l'interligne articulaire. E. et H. décrivent la répartition et l'ordre d'apparition de ces diverses lésions successivement dans le rhumatisme chronique secondaire, dans les formes variées du rhumatisme chronique progressif primaire, dans les arthrites traumatiques et dans les arthrites d'origine statique (le morbus coxæ senilis et l'ostéochondrite juvénile de la hanche sont compris dans ce groupe), dans l'arthrite tuberculeuse chronique (forme synoviale, forme sèche ou forme exsudative), dans les arthrites infectieuses, en particulier les arthrites blennorragiques, et aussi les arthrites syphilitiques, qui seraient plus fréquentes qu'on ne l'a admis jusqu'à présent, enfin dans les arthropathies du tabes et de la syringomyélie et dans celles de la goutte. Cette étude met en valeur la difficulté que l'on trouve à établir une différenciation nette, du point de vue radiologique, entre ces différents types.

Les rayons X ne sont pas moins utiles pour le traitement que pour le diagnostic des affections articulaires. Ils exercent une action palliative des plus précieuses dans la spondylose rhizomélique ankylosante, et aussi, semble-t-il, dans le rhumatisme blennorragique. Il suffit de doses faibles et espacées, mais convenablement filtrées. Le même traitement complète et active heureusement la cure de régime, d'air et de lumière dans les tuberculoses articulaires. E. et H. envisagent en outre deux autres indications de la radiothérapie dans les rhumatismes chroniques : l'irradiation des amygdales dans les formes qui seraient dues, selon les idées américaines récentes, à une infection latente du système lymphoïde péripharyngé ; d'autre part l'irradiation de l'hypophyse, qui serait souveraine contre les rhumatismes déformants de la ménopause féminine, ainsi, d'ailleurs, que contre tous les troubles subjectifs qui accompagnent d'habitude cette période (troubles vaso-moteurs et sudoraux, troubles psycho-émotionnels). J. Mouzon.

Angelica Panayotatou (d'Alexandrie). ***Quelques cas de cystite amibienne en Egypte*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, n° 32, 2 Août 1924). — Mme P... a déjà rapporté, dans *La Presse Médicale*, en Avril 1923, avec le Dr Rallis, trois observations de cystite amibienne chez d'anciens dysentériques. Elle rapporte, dans le présent article, quatre nouvelles observations de cette localisation amibienne. Dans 3 d'entre elles, la notion de dysenterie ancienne faisait défaut : il faut donc toujours songer à l'amibiase en présence d'une cystite dans les pays d'endémie amibienne.

Voici, par exemple, une de ces observations. Un Grec de 38 ans, atteint de blennorragie depuis quelques jours, vient consulter pour des phénomènes de cystite : douleurs, ténesme, hématurie à la fin de la miction. On examine les urines, en prévision d'une bilharziose possible. L'examen révèle la présence d'amibes et de kystes en grand nombre. Les amibes sont de type histolytique. On commence aussitôt des injections intramusculaires d'émétine : 0 gr. 065 par jour par voie intramusculaire. Dès la première injection, l'amélioration se manifeste. Après la 3e, tout signe de cystite a disparu. Au bout de la 6e, le malade, se trouvant parfaitement guéri, ne revient plus au traitement. En dehors de l'émétine, le malade n'a pris, comme médicament, que 1 gr. 50 d'urotropine pendant deux jours.

Malgré la rareté de ces cystites amibiennes, — qui contraste avec la fréquence de la bilharziose vésicale en Egypte, — il importe de toujours y songer : leurs symptômes sont graves, — leur diagnostic est aisé par la recherche des parasites dans l'urine, — et l'émétine amène toujours leur guérison avec une extraordinaire rapidité. J. Mouzon.

Hans Pollitzer. ***Le rhumatisme articulaire tuberculeux*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, nos 32 et 33, 2 et 9 Août 1924). — L'article de P. contient une classification claire et des observations intéressantes, malheureusement succinctes.

Il faut mettre à part les cas de polyarthrite aiguë qui se terminent par le développement d'une tumeur blanche sur une articulation, ainsi que les observations dans lesquelles des arthrites purement inflammatoires s'accompagnent de lésions de carie sur un ou plusieurs os, et en particulier sur les os courts. Le terme de rhumatisme tuberculeux doit être réservé aux faits envisagés, dans leurs descriptions, par Poncet et par Giacco, et qui ne comportent aucune évolution caséeuse. Ces faits sont de divers ordres.

Parmi les *formes aiguës*, P. décrit 3 types : 1° la granulie articulaire (Laveran et Maillard), forme mortelle, dans laquelle les granulations peuvent être incluses dans l'épaisseur de la sous-séreuse et échapper à l'examen macroscopique (Krause).

2° Le rhumatisme infectieux polyarticulaire lié à une polyadénopathie bacillaire. Ce type de rhumatisme infectieux se distingue par l'association habituelle — mais non constante — d'adénopathies cervicales, sus-claviculaires, bicipitales ou sus-épitrochléennes, et par l'absence d'endocardite. Chez des sujets jeunes, il faut toujours y songer en présence d'une polyarthrite qui présente ces caractères, car ce syndrome ne se retrouve guère que dans le rhumatisme infectieux mélitococcique. P. rapporte deux observations intéressantes de cette forme.

Un jeune homme de 16 ans est atteint de torticolis avec fièvre élevée. Après une accalmie, la température s'élève de nouveau ; on voit apparaître en même temps des douleurs polyarticulaires et un purpura hémorragique, avec hématuries persistantes, hépato- et splénomégalie L'examen du sédiment urinaire révèle la présence de nombreux bacilles de Koch, qui tuberculisent le cobaye. L'infection se termine par une adénopathie du cou, de la nuque et de l'aisselle. Les ganglions de l'aisselle seuls se caséifient.

Le second cas a presque la valeur d'une expérience. Un jeune préparateur d'anatomie contracte deux tubercules anatomiques à l'extrémité des doigts. Quelques semaines après, il fait un rhumatisme polyarticulaire fébrile. Puis on voit s'installer, pendant plusieurs semaines, un état subfébrile avec ictère, hépato- et splénomégalie. Finalement, l'état infectieux se dissipe, mais toutes les chaînes ganglionnaires de la partie supérieure du corps sont légèrement tuméfiées. On extirpe un ganglion dans l'aisselle, et on le trouve bourré de cellules géantes. Après un an de séjour à Leysin, tous les ganglions sont devenus petits et durs.

3° Chez les tuberculeux pulmonaires, on peut observer des poussées polyarticulaires, qui sont dues à des épisodes bacillémiques intercurrents. Souvent il s'agit de tuberculeux avérés. Neumann a observé le fait au moment de la résorption rapide d'un épanchement pleural. Mais parfois aussi les malades consultent seulement leur médecin pour leurs rhumatismes, et c'est seulement en les examinant plus attentivement qu'on découvre la tuberculose. Tel était le cas pour une femme de 54 ans, qui entrait à la clinique pour arthrite aiguë des deux mains, et qui avait des antécédents de lupus, une tuberculose fibreuse ancienne des poumons, avec expectoration bacillifère, et une laryngite tuberculeuse. Cette femme était en même temps légèrement basedowienne.

Les *formes chroniques* peuvent se classer en deux catégories :

1° D'une part, des formes classiques de rhumatisme chronique chez des tuberculeux. Ces formes sont souvent plus ou moins frustes. Elles semblent avoir une grande importance clinique. Mais la preuve de leur origine tuberculeuse ne peut être faite.

2° D'autre part, le rhumatisme chronique progressif des enfants et des adultes jeunes. C'est la « maladie de Still-Chauffard », que ces auteurs avaient étudiée au point de vue anatomique, et dont ils avaient écarté l'origine tuberculeuse, parce qu'ils n'y avaient pas retrouvé de structure folliculaire. Ce rhumatisme revêt tous les types du rhumatisme chronique fibreux ou déformant. Il s'observe sur des sujets jeunes, surtout dans le sexe féminin, et évolue par poussées successives, presque toujours fébriles, suivies de rémissions. Il commence le plus souvent par les petites articulations des doigts, mais il se généralise avec les années, et atteint même la colonne vertébrale et la mâchoire. Son caractère le plus spécial est de s'accompagner de tuméfactions ganglionnaires et de splénomégalie. Il n'est pas rare d'observer, en outre, des troubles thyroïdiens, de la sclérodactylie, des troubles sudoraux, des troubles vaso-moteurs rappelant le syndrome de Raynaud ou l'érythromélalgie, une anémie chlorotique. Les sujets atteints n'ont pas de signe de tuberculose en évolution. Si on examine leurs ganglions tuméfiés, on y trouve une structure inflammatoire banale. Cependant P. a réussi, grâce à des examens très attentifs, à retrouver, dans un de ces ganglions, une cellule géante, et à obtenir, avec un autre, une inoculation positive au cobaye. Les réactions à la tuberculine sont difficiles à obtenir chez ces malades, qui, d'après P., se distingueraient précisément par leur anergie. Le plus souvent, d'ailleurs, ces malades sont enlevés par phtisie aiguë ou par granulie.

La thérapeutique des rhumatismes tuberculeux doit être dirigée à la fois contre les lésions locales (physio- et thermothérapie), contre la tuberculose (arsenic, grand air, souvent aussi haute montagne), et contre les troubles endocriniens souvent associés (opothérapie ovarienne ou thyroïdienne). J. Mouzon.

Z. Dalmady (de Budapest). ***Les applications chaudes dans les maladies fébriles*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, nos 35 et 36, 23 et 30 Août 1924). — C'est pendant l'épidémie de grippe, en 1917, que D. a commencé à utiliser les applications chaudes. Il avait recours tout d'abord à des bains à 39°-40°, prolongés durant 8 à 10 minutes, et renouvelés une ou deux fois par jour. Après avoir limité les indications de ces bains aux grippes accompagnées de fièvre modérée, il les étendit aux cas plus graves où la fièvre atteignait 39°, et il restreignit les contre-indications aux états de collapsus cardiaque grave, de tendances hémorragiques, de grossesse ou de dermatites associées. Actuellement, il remplace les bains par des enveloppements du tronc, étendus de l'aisselle à l'aine, à l'aide d'alèzes imbibées d'eau à 50-51° et rapidement tordues. Autour de l'alèze humide, on enroule une alèze sèche, que l'on réchauffe à son tour par des boules d'eau chaude à 50°-52°. L'enveloppement est laissé 1 à 2 heures en place. Il est renouvelé 2 fois par jour au maximum. Pendant les 2 ou 3 heures qui suivent, le malade est couvert légèrement.

L'enveloppement chaud ne doit pas provoquer de sudation ni d'accélération du pouls ; les boules d'eau chaude peuvent, selon qu'elles sont ajoutées ou retirées, permettre de régler la température en conséquence. La température centrale ne subit pas de modification du fait de l'application chaude, mais les courbatures disparaissent, la vaso-dilatation périphérique entraîne une décongestion du poumon, qui rend la respiration plus facile. Ces effets favorables ont été observés non seulement dans la grippe, mais encore dans les angines herpétiques, dans les gastro-entérites aiguës, dans la rougeole, dans la scarlatine, dans la fièvre typhoïde, dans les encéphalites, dans les méningites et surtout dans les broncho-pneumonies de l'enfance.

Certains malades accusent, au moment de l'enveloppement, une sensation de brûlure, de congestion ou de battements céphaliques, de fatigue extrême. Dans un seul cas, D. a observé un évanouissement transitoire. Ces inconvénients disparaissent très rapidement si on applique, en même temps que l'enveloppement chaud du tronc, des compresses froides sur la tête.

D. estime que les bains et les enveloppements chauds n'exercent pas seulement une action favorable à titre symptomatique sur les manifestations fébriles, mais qu'ils possèdent, du moins pendant la phase d'installation de la fièvre, une véritable vertu curative, en aidant l'organisme à atteindre le degré thermique qui lui est nécessaire pour sa réaction. J. Mouzon.

Prof. Moriz Oppenheim. ***Statistique des dermatites professionnelles*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, n° 36, 30 Août 1924). — O. se plaint qu'on tient trop peu de compte des dermatites professionnelles au point de vue thérapeutique et indus-

(1) Page n° 30 : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*

triel, dans les pays de langue allemande. Il estime que, à un moment où la production est si nécessaire, il importe de réduire les très nombreuses heures de travail perdues de ce fait. Sa statistique, de 1907 à 1922, porte sur 41.200 cas de maladies cutanées ou vénériennes, soit environ 27.500 maladies de peau en éliminant les vénériens. Sur ce nombre, il compte 5.334 cas de dermatites professionnelles, soit 19 pour 100 des affections cutanées.

La dermatite professionnelle la plus fréquente est l'eczéma : on relève 16 fois plus d'eczémas que de dermatites aiguës, et 12 fois plus que d'érythèmes. Les métiers les plus exposés paraissent être ceux de boulanger, de serrurier, de fondeur, de menuisier, de mécanicien, de peintre en bâtiments.

J. Mouzon.

Alfred Perutz. ***Vaccinothérapie et protéinothérapie dans les maladies cutanées et vénériennes*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, nos 36, 37 et 38, 30 Août, 6 et 13 Septembre 1924). — La conférence de P. contient, à côté d'un exposé de vulgarisation sur les vaccins et sur l'action des protéines non spécifiques, des indications intéressantes sur la pratique actuelle de ces méthodes dans les pays de langue allemande.

Dans la furonculose, P. utilise un vaccin polyvalent. Il commence par une injection de 10 millions de germes intramusculaire ; puis il continue par des injections de doses croissantes (50, 75,.,. jusqu'à 500 millions) tous les 2 ou 3 jours. Cependant il arrête la progression ou il retarde l'injection en cas de réaction trop violente, une élévation thermique légère et de très courte durée étant au contraire à rechercher après chaque piqûre. Le résultat doit être obtenu en 2 ou 3 semaines; sinon, il est inutile d'insister. Dans certains cas, les injections intradermiques ont paru agir plus rapidement et plus énergiquement que les injections sous-cutanées. Les autres affections staphylococciques (abcès, panaris, impetigo, sycosis pyogène, acné) ne sont guère influencées par les vaccins. Par contre, P. a obtenu d'heureux résultats dans ces affections par l'emploi d'huile térébenthinée en injections intramusculaires (Klingmüller). Il utilise l'huile térébenthinée diluée à 1/20 dans l'huile d'olive, et il injecte, tous les 3 ou 4 jours, des doses progressives du mélange : 0,1, — 0,25 — 0,5, — 1 cmc. Dans certains cas même, la dose de 5 cmc est nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique.

Dans l'érysipèle, P. réserverait la protéinothérapie aux cas compliqués. Les injections de lait ont été recommandees (Turnheim, Reichenstein). Mais P. recourt plutôt, personnellement, aux injections intraveineuses de collargol, associé ou non à l'hexaméthylène-tétramine.

Dans les trichophyties, P. utilise tantôt un vaccin constitué par un extrait polyvalent de trichophytons, en injections intradermiques de dilutions progressives (de 1/50 à 1/10 ou même à la solution concentrée, tous les 3 ou 4 jours), — tantôt l'huile térébenthinée de Klingmüller. Dans les formes très inflammatoires, l'huile de térébenthine serait préférable, mais le vaccin serait plus actif dans les formes torpides. Les deux procédés peuvent d'ailleurs s'associer.

Parmi les tuberculoses cutanées, il faut établir une distinction. Celles qui sont d'origine hématogène relèvent de la tuberculinothérapie : tel est le cas des tuberculides ou du lupus miliaire. Celles qui sont dues à une infection primaire exogène, les lupus, ne sont pas influencés aussi heureusement par la tuberculine. Tout au plus ce traitement doit-il être recommandé dans le lupus des muqueuses, ou comme complément d'un traitement local. En tout cas, il faut procéder avec la plus grande prudence, éviter toute réaction clinique, et s'abstenir pour peu qu'on puisse soupçonner l'existence d'un foyer pulmonaire.

Dans l'urticaire récidivant, P. recommande surtout les saignées, suivies ou non d injections intraveineuses d'eau physiologique chaude ou de solution de Ringer. L'huile térébenthinée a donné des succès dans le prurigo (Stümpke). Contre le pemphigus, la dermatite herpétiforme de Duhring, on doit essayer les saignées, les injections salines, l'autosérothérapie, mais P. n'apporte aucun témoignage précis en faveur des résultats obtenus. Dans l'eczéma, il recommande l'autosérothérapie (Linser) ou les injections sucrées intraveineuses (Scholtz).

Les ulcères torpides guérissent parfois rapidement après injection intraveineuse de vaccin antigonococcique. De même les radiodermites ulcéreuses.

Dans la blennorragie, la vaccinothérapie donne d'excellents résultats contre l'épididymite, la prostatite, l'arthrite. Le vaccin qu'emploie P. contient 20 millions de germes par centimètre cube. En injection intramusculaire, il s'administre à la dose initiale de 0 cmc 5, soit 10 millions de germes. On peut ensuite augmenter les doses jusqu'à 40 ou même 50 millions. Mais il est capital d'espacer suffisamment les injections pour ne pas réinjecter en phase négative. Le même vaccin peut s'employer par voie intraveineuse : la dose initiale est alors de 0 cmc 1 (2 millions), et on ne dépasse pas 0 cmc 5 (10 millions). Les injections de lait sont également efficaces dans l'épididymite, dans les arthrites, et même dans les périurétrites et les prostatites. Les doses varient de 5 à 10 cmc. L'huile térébenthinée donne des succès analogues et paraît préférable dans les formes très douloureuses. C'est souvent l'association de la vaccinothérapie spécifique et de la protéinothérapie non spécifique qui donne les plus beaux résultats. P. s'est quelquefois bien trouvé d'y joindre des injections de 0,01 centigr. de pilocarpine; il s'est inspiré, dans des essais à cet égard, des expériences de Salomonsen et Madsen, qui ont vu des injections de pilocarpine activer la production de l'antitoxine diphtérique chez le cheval.

P. emploie les injections de lait dans les bubons chancrelleux, et il observe des rétrocessions rapides par ce moyen, lors même que les bubons étalent déjà fluctuants.

Il termine par des considérations sur le traitement de la syphilis. Tandis que le mercure doit être considéré par P. comme un médicament « ergotrope » agissant sur les réactions de l'organisme, l'arsenic serait directement parasitrope, mais son action aurait besoin d'être activée par le sérum du malade. Cette interprétation rendrait compte de ce que la « médication irritative » renforce l'action du salvarsan. Ainsi les premières injections de salvarsan faites par Ehrlich semblaient donner des résultats plus rapides et plus merveilleux que nos cures actuelles ; c'est sans doute à cause des réactions douloureuses que provoquaient les injections intramusculaires. De même P. a remarqué que les injections intraveineuses de salvarsan au cours desquelles il avait injecté accidentellement un peu de produit à côté de la veine semblaient plus efficaces. Les méthodes de Kyrle dans le traitement de la syphilis, de Wagner-Jauregg dans la cure du tabes ou de la paralysie générale partent du même principe. Quant à la vaccinothérapie de la syphilis, les luétines extraites de cultures de Noguchi aussi bien que les luétines extraites d'organes syphilitiques ont été utilisées, en particulier dans les formes arséno et mercurio-résistantes, ou dans les formes tenaces avec Bordet-Wassermann négatif. Falke, Lutz, Müller et Plumer, P. lui-même ont obtenu dans leurs essais des résultats encourageants.

J. Mouzon.

Prof. J. Pal. ***A propos de l'angine de poitrine*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, n° 38, 13 Septembre 1924). — P. rappelle ses idées sur l'angine de poitrine. Ce n'est pas une entité pathogénique. Ce n'est pas non plus une entité clinique, et il y a des angines de poitrine sans douleur, d'autres sans hypertension, sans qu'il y ait de relation de cause à effet entre la douleur et l'hypertension. Mais l'angine est toujours un angiospasme, et ce sont les médications antispasmodiques qui la calment : nitrite d'amyle, théobromine, chaleur. A ce propos, il est intéressant de noter que, chez les angineux, les affections fébriles intercurrentes déterminent la suspension des accès P. insiste également sur l'action de l'atropine, ou mieux de la novatropine, quinze fois moins toxique que l'atropine. Par contre, l'ergotine peut déclencher un accès. En cas d'échec des thérapeutiques médicales, P. recommande, avant de recourir aux interventions sur les nerfs cardiaques, de tenter l'injection paravertébrale de solution de novocaïne à 0,5 pour 100 à hauteur de DII du côté gauche. P. rapporte l'observation d'une femme de 28 ans, chez laquelle cette injection arrêta net les douleurs, et amena, en 25 minutes, la cessation d'une crise de tachycardie qui durait depuis 15 heures.

J. Mouzon.

H. Kahler. ***L'hypertension artérielle et son traitement*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, n° 38, 13 Septembre 1924). — L'hypertension artérielle est un trouble à la mode, et on connaît, paraît-il, en Autriche comme en France, les phobiques de la tension. Mais toutes les hypertensions ne sont pas univoques, et K. tente d'en apporter une classification pathogénique.

K. part de ce principe que toutes les hypertensions artérielles sont liées à un trouble de la régulation vaso-motrice. Mais le réflexe régulateur peut être atteint, soit à la périphérie, soit dans les centres nerveux, d'une façon permanente ou transitoire, par des mécanismes variés, et il en résulte des types divers d'hypertension, à chacun desquels convient un traitement différent.

C'est ainsi que, parmi les hypertensions pures (« hypertonies essentielles »), la plupart seraient d'origine centrale : hypertensions variables des névropathes habituels (« hypertensions centrales toxiques » ou « bulbaires »), justiciables de précautions de régime (vie régulière, abstention de tabac), de la ponction lombaire, de la saignée, du bromure, et aussi d'injections intramusculaires de neuro-vaccin, dont K. fait grand cas comme agent hypotensif ; — grosses hypertensions variables des malades atteints de lésions des artères cérébrales, hypertensions plus graves, qui seraient liées à des lésions d'origine vasculaire dans les centres vaso-moteurs (« hypertension centrale lésionnelle »), et qui relèveraient surtout de l'iode ou du neuro-vaccin, la saignée se montrant inefficace en pareil cas ; — hypertensions passagères des surmenés et émotifs (« hypertension centrale psychique »), qui cèdent à quelques jours de repos au lit, — enfin hypertensions modérées épisodiques des hypertensions craniennes (« hypertension centrale mécanique »), qui disparaissent après une ponction lombaire.

Dans une autre catégorie de faits, les centres vaso-moteurs sont irrités par voie réflexe : tel est le cas des hypertensions dans le tabes, dans la maladie de Basedow, dans la ménopause, dans les aortites athéromateuses ou syphilitiques. Le seul traitement efficace est alors celui de l'affection originelle.

Les hypertensions pures d'origine périphérique sont beaucoup plus rares. On en observe cependant au cours des insuffisances valvulaires d'origine endocarditique ; elles ne sont pas graves, varient peu et sont améliorées par la saignée, les nitrites, l'atropine, la papavérine (hypertensions périphériques toxiques). D'autre part, il faut signaler l hypertension de stase décrite par Sahli dans les insuffisances cardiaques graves, et qui cède à la digitale et, éventuellement, à la saignée.

Enfin certaines « hypertonies essentielles » ne sont pas, comme les précédentes, de simples hypertonies « fonctionnelles », produites par un spasme transitoire ou permanent des petits vaisseaux : il peut y avoir sclérose des petits vaisseaux (« artériolosclérose »); cette « hypertension anatomique » est d'une remarquable constance, et son pronostic est grave, car elle aboutit le plus souvent à l'apoplexie cérébrale, et elle est rebelle à toute thérapeutique.

Aux « hypertonies essentielles » s'opposent les hypertensions artérielles des néphrites. Mais ici, nous retrouvons la même diversité dans le mécanisme : l'hypertension des glomérulo-néphrites serait d'origine « périphérique toxique », et serait secondaire aux lésions généralisées des capillaires : les nitrites en constitueraient la thérapeutique la plus efficace. Au contraire, l'hypertension de certains états urémiques serait surtout d ordre « central toxique », et imposerait la ponction lombaire, la saignée ou la vaccinothérapie. Quant à l hypertension de la sclérose rénale, elle est souvent d ordre complexe : les lésions rénales semblent souvent secondaires aux lésions vasculaires généralisées. C'est seulement dans les cas initiaux que K. escompte l'action hypotensive de la vaccinothérapie.

J. Mouzon.

THE LANCET

(Londres)

W. S. Inman. ***L'origine du strabisme, du bégaiement et de la gaucherie*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5266, 2 Août 1924). — Un grand nombre d'enfants atteints de strabisme sont en même temps gauchers, ou bien ils ont des frères, des sœurs qui sont gauchers. De même beaucoup d'enfants bègues sont gauchers.

Comment faut-il interpréter le fait d'être gaucher ? Cette anomalie se voit un peu plus fréquemment dans le sexe masculin. Le gaucher semble avoir un léger déficit psychique, un caractère original, une tendance à la contradiction. Le gaucher est souvent renfermé, entêté, rebelle à l'éducation; peut-être

parce qu'il est conscient de son léger déficit psychique, il en conçoit quelque ressentiment.

Le bégaiement apparaît parfois lorsque, par des mesures de contrainte, on essaie de corriger l'habitude des gauchers. Hugh Gordon a observé ce fait dans une classe où on cherchait à rééduquer des gauchers; on dut mettre un terme à la tentative; les enfants cessèrent bientôt de bégayer.

Le bégaiement est d'origine émotive, de même que le strabisme. On note souvent, dans les antécédents des strabiques, des chutes, des coups qui permettent de penser qu'il y a eu quelque atteinte de l'œil ou du système nerveux. Souvent aussi, l'enfant a ressenti une grande frayeur : c'est par la frayeur qu'on pourrait expliquer les strabismes consécutifs à la coqueluche ou à des instillations d'un collyre à l'atropine, ou à des interventions sur les amygdales.

J. Rouillard.

Wilfred Vining. ***Quelques problèmes relatifs à la débilité infantile*** (*The Lancet*, CCVII, n° 5266, 2 Août 1924). — Le tableau clinique est toujours le même : amaigrissement, fatigue, frilosité, douleurs vagues dans les membres, troubles digestifs chroniques, perte d'appétit, constipation, nervosité, agitation, terreurs nocturnes. Les enfants sont pâles; ils ont de l'hypotonie musculaire; les courbures vertébrales sont exagérées; l'abdomen fait saillie en avant; les omoplates sont détachées. Il y a en outre une infection chronique du rhino-pharynx, de grosses amygdales, des végétations.

Pour W. V., il y a deux facteurs à considérer : 1° un trouble général de la nutrition, résultant non d'une alimentation insuffisante, mais d'un régime défectueux; la proportion des divers aliments est mal équilibrée, et il y a en général un excès d'hydrates de carbone; il en résulte une dyspepsie intestinale chronique, avec constipation et présence de mucus sur les matières fécales; 2° une intoxication par des toxines provenant de la gorge ou de l'intestin : la céphalée, les douleurs des membres, les symptômes nerveux relèvent de cette intoxication. Il semble que la rhino-pharyngite soit secondaire aux troubles de la nutrition générale. Dans la majorité des cas, la tuberculose n'intervient aucunement, quoique la proportion des cuti-réactions positives soit assez forte; si la tuberculose intervient, c'est pour déterminer quelque adénopathie localisée; elle est la conséquence et non la cause de la débilité.

Quant aux affections rhumatoïdes (arthralgies, synovites ou chorée), qui sont fréquentes chez ces enfants débiles, elles semblent être une conséquence tardive de l'intoxication chronique : la plupart des symptômes communs aux enfants débiles et aux petits rhumatisants s'observent dans une proportion identique chez les uns et les autres. L'infection rhumatismale envahit-elle l'organisme par voie amygdalienne? c'est peu probable, car les interventions sur l'amygdale n'empêchent pas les manifestations rhumatismales ultérieures. Pénètre-t-elle par voie intestinale? c'est possible, car en prescrivant un régime alimentaire convenable, en évitant la constipation, on peut prévenir l'apparition des complications rhumatismales.

J. Rouillard.

Bonar. ***Le fonctionnement de l'estomac avant et après la gastro-jéjunostomie*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5267, 9 Août 1924). — Les examens radioscopiques et l'étude des repas d'épreuve permettent d'étudier le fonctionnement gastrique après la gastro-jéjunostomie. Cette intervention permet à l'estomac de se vider plus vite que normalement, le repas passant par la bouche et rarement par le pylore. L'évacuation est très accélérée dans les cas de gastrectomie partielle avec gastro-jéjunostomie.

La gastro-jéjunostomie dans les cas d'ulcère gastrique, cause une réduction de l'acide chlorhydrique libre, mais l'acidité totale demeure élevée comme auparavant; dans les ulcères pyloriques, l'hyperchlorhydrie n'est pas diminuée; dans les ulcères duodénaux, l'hypersécrétion et l'hyperchlorhydrie persistent; dans les cancers gastriques, l'acide chlorhydrique libre et l'acidité totale restent faibles. S'il se produit, après gastro-jéjunostomie, un ulcère gastro-jéjunal, on trouve l'acidité exagérée comme dans l'ulcère duodénal.

Dans tous les cas, la bile pénètre dans l'estomac pendant une partie plus ou moins longue de la digestion du repas d'épreuve.

La persistance de l'acidité excessive, dans les cas d'ulcère, démontre la nécessité d'un traitement médical.

Hurst dit que la cause prédisposante de l'ulcère duodénal est un estomac hypertonique avec hyperacidité, et que, quelque opération qu'on fasse, le patient garde un estomac hypertonique. Cependant B. trouve, dans la majorité des cas, un estomac hypotonique.

Les ulcères pyloriques et duodénaux seuls causent un spasme du pylore et par suite une hypersécrétion, et comme la bile ne pénètre pas dans l'estomac, l'acidité reste très élevée. Les ulcères gastriques ne s'accompagnent pas de pylorospasme; il n'y a donc pas d'hypersécrétion dans ces cas. Dans les ulcères pyloriques et duodénaux, la gastro-jéjunostomie ne diminue pas le pylorospasme, et quoique la bile pénètre dans l'estomac plus abondamment qu'avant l'opération, elle ne parvient pas à réduire l'acidité de façon appréciable.

J. Rouillard.

G. A. Mason. ***Rupture du corps musculaire du biceps brachial par violence directe*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5267, 9 Août 1924). — Une femme de 34 ans, alors qu'elle faisait un effort violent, fut contusionnée par le dossier d'une chaise qui vint frapper le côté interne du bras droit. Le coup fut suivi d'une vive douleur et la malade observa immédiatement une sorte de brèche dans son muscle.

Une heure après, on constate cette brèche dans la moitié interne du biceps, au tiers inférieur; la palpation en est très douloureuse; la brèche s'élargit dans les contractions actives et diminue dans le relâchement du bras. Tous les mouvements sont possibles, mais douloureux; la force musculaire est très diminuée.

L'immobilisation conseillée pendant les premiers jours modifie peu l'état de la malade; la brèche est moins perceptible à la vue en raison de la tuméfaction des téguments, mais se reconnaît à la palpation.

Le 6e jour, on intervient; on trouve une grosse ecchymose sous-cutanée; mais lorsqu'on incise la gaine du biceps, on ne trouve aucune effusion sanguine; les fibres musculaires sont sectionnées nettement et le chef interne du biceps est coupé en totalité, sauf quelques fibres postérieures. Les fibres musculaires sont alors rapprochées et suturées. Le bras est maintenu en flexion et supination; on commence les massages le 12e jour. Six semaines après, l'état fonctionnel est très satisfaisant.

Il est probable que le biceps était en contraction quand il fut traumatisé; la section nette des fibres musculaires et l'absence d'épanchement sanguin dans le muscle sont des faits assez surprenants.

J. Rouillard.

J. Parkinson et C. W. Curtis Bain. ***Traitement par l'adrénaline des crises paroxystiques de la maladie de Stokes-Adams*** (*The Lancet*, t. CCVII, n° 5268, 16 Août 1924). — Phear et Parkinson ont montré antérieurement que l'injection d'adrénaline (3 cmc d'une solution à 1 pour 1.000) est capable de supprimer ces crises paroxystiques, tandis que l'atropine se montre inefficace. Une nouvelle observation confirme ces données.

Un homme de 44 ans présente un jour cinq ou six crises syncopales : aucun antécédent pathologique, Wassermann négatif, bruits du cœur normaux. On assiste à l'établissement d'une maladie de Stokes-Adams.

Dans une première phase, qui dure 48 heures, le blocage se complète rapidement; il y a 100 contractions auriculaires pour 28 ventriculaires; le malade a de nombreuses syncopes. Douze minutes après l'injection de 6 cmc d'adrénaline, le cœur bat régulièrement à 110; 25 minutes après, il bat à 120; 3 heures après, à 75; mais 4 heures après, la dissociation est à nouveau complète; le ventricule bat à 15; de nouvelles syncopes se produisent. On réinjecte de l'adrénaline : oreillettes et ventricules battent à 108; à nouveau les crises cessent pour plusieurs heures.

Dans une deuxième phase, qui dure 12 jours, le blocage est complet et permanent, quoique le rythme ventriculaire varie de 12 à 60. Il y a des crises répétées dont l'apparition n'a pas de rapport évident avec le ralentissement des ventricules. On injecte de l'adrénaline à cinq reprises; chaque fois les crises disparaissent pour plusieurs heures, mais le blocage complet persiste; le rythme ventriculaire passe à 60, le rythme auriculaire à 115.

Dans une troisième phase, d'une durée de 8 jours, le nombre des attaques syncopales croît d'abord; il y en eut jusqu'à 100 dans une nuit, avec pâleur, convulsions, perte de connaissance, arrêt du pouls. De nouvelles injections d'adrénaline furent pratiquées. Enfin on observa la diminution progressive du blocage auriculo-ventriculaire et le retour au rythme normal.

Il semble qu'il y ait eu dans ce cas une atteinte aiguë du myocarde, intéressant le faisceau de His, déterminant l'apparition rapide du blocage, puis une dissociation complète, suivie d'amélioration et de guérison. Les crises survinrent au cours des trois phases, mais surtout au cours de la dernière. A la période de blocage partiel, l'adrénaline accélère les rythmes auriculaire et ventriculaire qui passent à 120; à la période de blocage complet, elle accélère le rythme ventriculaire de 15 à 60, mais le blocage persiste.

Ce cas confirme les observations antérieures de Phear et Parkinson qui avaient vu le blocage partiel diminuer et le blocage complet disparaître après injection d'adrénaline. Sans doute, il y a des cas où l'adrénaline est inefficace, mais dans l'ensemble elle fait mieux que l'atropine. Celle-ci n'agit que si les attaques sont dues à l'influence du pneumogastrique, tandis que l'adrénaline a des indications plus larges. Elle facilite la conduction s'il y a blocage partiel; elle accélère le rythme ventriculaire; enfin dans certains cas, même si le blocage n'est pas influencé, et si le rythme ventriculaire n'est pas accéléré, l'adrénaline peut abolir la pause ventriculaire qui détermine les syncopes.

J. Rouillard.

A. T. Cameron et J. C. Mac Millan. ***Le métabolisme des chlorures au cours de la radiothérapie*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5269, 23 Août 1924). — Cori et Pucher ont avancé que les rayons X produisent une rétention chlorurée, qui devient plus considérable lorsque apparaissent les accidents appelés « mal des radiations ». Cependant Dodds et Webster, étudiant ces accidents, ne constatent pas de modification du métabolisme. D'autre part Schlagintweit et Sielmann, dans les accidents graves consécutifs aux irradiations, ont observé que le taux des chlorures du sang est diminué et que l'ingestion de chlorure de sodium guérit les malades.

Pour vérifier ces assertions, C. et M. ont étudié neuf malades soumis à la radiothérapie. Ils concluent que les rayons à doses massives produisent un abaissement notable de l'excrétion urinaire des chlorures et une rétention marquée dans l'organisme, au moins quand l'irradiation a porté sur la partie supérieure de l'abdomen, car l'irradiation des autres parties du corps ne produit guère d'effet.

Lorsqu'on irradie la région sus-ombilicale, la tendance aux accidents graves est d'autant plus marquée que l'excrétion des chlorures était plus faible auparavant.

L'ingestion préalable de chlorure de sodium, réglée de telle façon que l'excrétion de NaCl soit avant le traitement de 10 gr. par jour ou même davantage, et l'ingestion continue de NaCl pendant le traitement radiothérapique, préviennent ou diminuent les accidents.

Le taux du NaCl du sang est assez variable, en général abaissé.

Que devient le chlorure de sodium retenu? Il ne détermine pas d'œdèmes, il n'est pas éliminé par des vomissements. Tout semble se passer comme dans les rétentions chlorurées consécutives aux obstructions pyloriques et intestinales aiguës, où il y a rétention de sel, et pourtant diminution des chlorures du sang, et où les accidents disparaissent après l'ingestion de doses considérables de chlorure de sodium. Faut-il admettre que, dans les deux cas, il se forme une toxine qui se combine au NaCl pour donner naissance à un composé non toxique, que l'organisme élimine?

J. Rouillard.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

L. G. Rowntree (de Rochester). ***Etudes sur le diabète insipide*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 6, 9 Août 1924). — Le présent travail est basé sur 56 cas de diabète insipide, observés à la « Mayo Clinic » depuis 1910 (37 d'entre eux ont été enregistrés pendant ces 4 dernières années).

Comme le nombre total des malades reçus depuis 1910 a été de 428.000, la fréquence du diabète insipide est représentée par la proportion de 1 : 7.600.

Sur les 56 cas, on a compté 30 hommes et 26 femmes. Pour ce qui est de l'âge, 45 malades (c'est-à-dire 80 pour 100) étaient âgés de 20 à 50 ans. En tenant compte de la durée moyenne de la maladie, qui dépasse 4 ans, l'âge moyen auquel débute l'affection est de moins de 30 ans.

Au point de vue étiologique, on note une relation étroite avec des lésions cérébrales et pituitaires, avec des traumatismes de la tête et, en particulier, avec des fractures de la base du crâne. La syphilis, congénitale ou acquise, constitue également un facteur étiologique important.

On distingue généralement 2 types de diabète insipide : le type primaire ou idiopathique, et le type secondaire ou symptomatique. Le diagnostic du type primaire ne peut être fait que par exclusion de toute affection générale capable d'entraîner des lésions se traduisant par du diabète insipide.

Sur les 56 cas envisagés, 36 appartenaient au type idiopathique; sur les 20 autres, 9 étaient secondaires à un néoplasme cérébral ou pituitaire, 7 à la syphilis, 2 à une encéphalite et 2 à un traumatisme.

Après avoir passé en revue les symptômes du diabète insipide, R. aborde le diagnostic, en insistant sur l'importance des lésions de l'hypophyse.

Les deux états morbides qui sont le plus souvent confondus avec le diabète insipide sont la néphrite chronique interstitielle de l'enfance et l'infection des voies urinaires inférieures. La néphrite pourra être reconnue à l'aide de l'examen fonctionnel des reins; l'infection urinaire, par l'examen bactériologique de l'urine et par l'exploration directe des voies urinaires.

Le pronostic dépend beaucoup plus des conditions pathologiques causales que de l'affection elle-même. On observe parfois la guérison spontanée.

Au point de vue thérapeutique, l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse, administré par voie sous-cutanée, a donné de bons résultats, se traduisant par l'amélioration du sommeil, la cessation de la nocturie, la disparition de la sensation de sécheresse de la bouche, de la gorge et de la peau. Dans quelques cas, on a pu utiliser, avec succès, la voie intranasale, en employant l'extrait hypophysaire sous forme de pulvérisations ou d'applications au moyen d'un petit tampon de coton.

La ponction lombaire, essayée dans 19 cas, n'a pas donné de résultats bien nets. Elle peut être dangereuse dans les cas associés à une tumeur cérébrale.

Le traitement antisyphilitique doit être essayé toutes les fois que l'on se trouve en présence de manifestations spécifiques. Mais R. n'en a jamais obtenu un effet quelconque sur le diabète insipide.

Dans les cas consécutifs à un néoplasme, les indications opératoires doivent être envisagées indépendamment de l'existence du diabète insipide. Il peut y avoir avantage à faire, quelques heures avant l'opération, une injection sous-cutanée d'extrait hypophysaire pour combattre la soif et la polyurie, susceptibles de devenir gênantes.

L. Cheinisse.

J. M. Blackford et M. F. Dwyer (de Seattle). ***Troubles gastriques, surtout au point de vue de leurs rapports avec la cholécystite*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 6, 9 Août 1924). — B. et D. ont étudié soigneusement 1.650 cas de troubles dyspeptiques, en utilisant non seulement les données cliniques, mais aussi la radioscopie et les examens de laboratoire.

Ils ont pu ainsi constater que, si la fréquence de la dyspepsie due à un ulcère de l'estomac est désignée par 1, la fréquence relative des autres affections organiques abdominales susceptibles d'entraîner des troubles dyspeptiques se trouvera exprimée par les chiffres suivants :

Cancer de l'estomac	2
Appendicite	4
Ulcère duodénal	6
Cholécystite	12

Chez l'adulte, la proportion des dyspepsies dues à une lésion de la vésicule biliaire doit être estimée à 20 pour 100 environ.

L. Cheinisse.

W. L. Brown et C. P. Brown (d'El Paso). ***Vomissements post-opératoires, dilatation [de l'estomac] et péritonite; nouvelles observations sur leur traitement par le drainage permanent et le lavage au moyen du tube duodénal*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 6, 9 Août 1924). — Le tubage duodénal doit être employé, *avant l'opération*, dans tous les cas de vomissements prolongés dus à un ulcère gastrique, à une occlusion pylorique, ainsi que dans les cas de cachexie par inanition prolongée.

Après l'opération, on aura recours au tubage duodénal toutes les fois que l'on se trouvera en présence de vomissements prolongés, de dilatation de l'estomac et de soif intense, ainsi que dans les cas de péritonite, d'occlusion intestinale post-opératoire, et après opérations pour plaies par armes à feu ou sur la vésicule biliaire.

Les avantages de cette pratique sont multiples : on remédie ainsi à la nausée, à la distension gastrique par des gaz, aux phénomènes de toxémie. Le tubage permet au malade d'absorber largement des boissons, ce qui supprime la sensation, si pénible, de soif. Enfin, la sonde duodénale rend possible l'alimentation « transgastrique » et peut, le cas échéant, servir de porte d'entrée à toute sorte de médicaments.

L. Cheinisse.

A. Zingher (de New-York). ***La réaction de Dick chez les sujets normaux et au cours de la scarlatine et de sa convalescence; résultats de l'immunisation avec de la toxine scarlatineuse*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 6, 9 Août 1924). — Il s'agit de l'intradermo-réaction observée par G. F. et G. H. Dick après injection sous-cutanée de 0 cmc 10 à 0 cmc 20 de filtrat d'une culture de streptocoque hémolytique spécifique (voir *La Presse Médicale*, 29 Mars 1924, Analyses, p. *60*).

Z. s'est appliqué à vérifier la valeur de cette réaction en la recherchant chez des sujets normaux, d'une part, chez des scarlatineux et chez des convalescents de scarlatine, d'autre part.

Chez des sujets bien portants, la réaction a été étudiée dans divers groupements : enfants en bas âge et leurs mères; enfants de l'âge préscolaire; élèves des écoles primaires et secondaires; adultes, etc. La réaction de Dick s'y comporte d'une façon très voisine de celle de la réaction de Schick pour la diphtérie. Chez près de deux tiers des sujets, les deux réactions sont similaires. Dans les écoles publiques, toutes deux sont, le plus souvent, négatives. Par contre, parmi les infirmières des hôpitaux, un assez grand nombre donnent un résultat positif pour les deux réactions.

Au cours des premiers jours de la scarlatine, la réaction, recherchée chez 141 malades, s'est toujours montrée positive. Son caractère positif diminue rapidement d'intensité, et, du 7e au 10e jour de la maladie, la réaction devient négative.

Sur 170 convalescents de scarlatine, 158 (c'est-à-dire 93 pour 100) ont donné une réaction négative. Chez les 12 autres, avec réaction positive persistante, le diagnostic de scarlatine laisse subsister quelque doute, tout au moins pour la plupart d'entre eux.

On peut, d'ailleurs, obtenir, au cours de la convalescence, des réactions positives en utilisant une dilution plus concentrée de toxine (à 1 : 100, au lieu de 1 : 1.000). Il est donc nécessaire de procéder à une série de recherches comparées, afin d'établir une dilution « standard ».

En tant que réaction de réceptivité à l'égard de la toxine, une réaction de Dick positive chez un sujet bien portant indique que ce sujet est justiciable d'une immunisation artificielle.

L'immunisation positive faite au moyen de la toxine scarlatineuse ne provoque pas de troubles généraux, si l'on a soin de procéder graduellement. Chez les enfants de moins de 12 ans, les quantités injectées de toxine doivent représenter 100, 250 et 250 doses pour intradermo-réaction; au-dessus de 12 ans, elles seront de 100, 250 et 500 doses. La toxine est diluée de façon que 1 cmc corresponde à 500 doses pour intradermo-réaction. La dose initiale est donc de 0 cmc 20; la seconde dose, de 0 cmc 50, et la troisième, de 0 cmc 50 ou de 1 cmc suivant l'âge de la personne. Les injections, sous-cutanées ou intramusculaires, sont répétées à 8 jours d'intervalle. Les résultats obtenus semblent encourageants, si l'on en juge d'après l'intradermo-réaction renouvelée.

La réaction de Dick facilite le diagnostic dans des cas douteux de scarlatine. Une réaction fortement positive au début de la maladie, mais qui persiste aussi au cours de la convalescence, milite contre le diagnostic de scarlatine. D'autre part, une réaction négative pendant les deux premiers jours d'éruption doit aussi mettre en garde contre l'idée de scarlatine. La réaction ne devient généralement pas négative avant le 6e jour de la maladie, lorsque l'exanthème est déjà effacé.

L. Cheinisse.

N. F. Fisher (de Dallas). ***Régénération du pancréas partant du canal pancréatique*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 7, 16 Août 1924). — Sous le terme de régénération, F. entend le développement du tissu pancréatique nouveau aux dépens des restes du canal pancréatique. Les expériences qui font l'objet du présent travail ont été suggérées par le fait de régénération du tissu pancréatique partant du moignon du canal pancréatique chez des chiens totalement dépancréatés : plus de 50 centigr. de tissu pancréatique normal ont pu ainsi se développer en l'espace de 8 mois (au bout de ce laps de temps, l'animal fut tué).

Cela étant, il était intéressant de vérifier la capacité du canal pancréatique de reproduire du tissu pancréatique nouveau : 1° *in situ*; 2° après transplantation dans d'autres parties du corps.

Les recherches de F. ont porté sur de petits chiens âgés d'environ 2 mois, chez lesquels on extirpait la totalité du pancréas, sauf une portion de la queue de l'organe. On veillait soigneusement à enlever tout le tissu dans la région du canal pancréatique. Dans certains cas, le canal était laissé intact, alors que, dans d'autres, on le sectionnait entre deux ligatures posées à 5 cm. environ du duodénum.

Quant aux expériences de greffes, elles ont consisté à exciser, chez des chiens âgés de quelques jours, des fragments de canal pancréatique mesurant environ 0 cm. 6 de long et à les transplanter à des chiens âgés de 10 semaines. On laissait les transplants pendant 40 à 60 jours, après quoi on les excisait et on les soumettait à l'examen microscopique.

Il résulte de ces recherches que, dans les cas où le canal pancréatique est sectionné après ligature, il y a une tendance marquée à la formation de nouveaux conduits pour rétablir la connexion fonctionnelle entre le pancréas et le duodénum.

La séparation du pancréas de la base du canal pancréatique donne lieu à la production de tissu pancréatique nouveau.

Enfin, des fragments de tissu du canal pancréatique transplantés dans d'autres parties du corps du même animal ou d'autres animaux de la même espèce prolifèrent et donnent naissance à du tissu nouveau.

L. Cheinisse.

W. C. Alvarez et B. L. Freedlander (de San-Francisco). ***La durée du parcours des résidus alimentaires à travers l'intestin*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 8, 23 Août 1924). — Les recherches instituées par A. et F. montrent que l'opinion généralement admise et suivant laquelle les résidus alimentaires d'un repas sont évacués dans les premières 24 ou 48 heures est erronée.

En utilisant comme index de la durée du parcours intestinal 50 petites perles de verre (administrées dans une capsule de gélatine), A. et F. ont constaté que, d'ordinaire, 15 pour 100 de ces perles sont évacuées le 1er jour; 40 pour 100, le second jour; 15 pour 100, le 3e, et 10 pour 100, le 4e jour, après quoi il peut se passer des jours et des semaines avant que les quelques dernières perles de verre soient rendues.

La durée du parcours intestinal varie considérablement chez les sujets normaux. Il n'a pas été possible de constater de troubles morbides chez des hommes ou des femmes qui mettaient une semaine ou plus pour rendre 70 pour 100 de perles de verre. Des parcours rapides, c'est-à-dire 85 pour 100 dans les 24 heures, sont généralement associés au passage des selles molles, mal digérées.

Après un repas de baryum, le dosage de cette substance dans les fèces montre que, si la plus grande partie en est évacuée dans les premières 24 ou 48 heures, une quantité considérable n'en reste pas moins dans l'intestin et n'est évacuée que lentement pendant les jours suivants.

Ces constatations sont de nature à modifier les idées courantes sur l'auto-intoxication intestinale et sur la nécessité des purgatifs fréquemment répétés, car, lorsque le côlon a été largement nettoyé par une purge ou par une selle abondante, il ne faut guère s'attendre à une autre selle avant un jour ou deux.

L. Cheinisse.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(*Paris*)

L. Schil. ***Au sujet de l'administration par voie hypodermique des extraits d'ovaires dissociés*** (*Progrès médical*, n° 41, 11 Octobre 1924). — On trouve dans la littérature de ces derniers années d'assez nombreux travaux ayant trait à l'action de l'opothérapie ovarienne dissociée par les extraits protéidiques et lipoïdiques (agomensine et sistomensine); mais si l'on compulse les observations citées, on se rend compte que presque toutes ne font état que de leur administration par voie buccale. M. Schil, ayant trouvé, à l'hopital comme dans la clientèle de ville, de fréquentes occasions d administrer ces deux extraits par voie hypodermique, a noté, pour chacun d eux, les résultats obtenus. Ses observations, étiologiquement et nosologiquement des plus complètes, apportent une interessante contribution à la connaissance encore un peu sommaire de ces extraits administrés par voie parentérale.

L'auteur, bien qu'il se défende, par scrupule scientifique, d'en tirer des conclusions et des affirmations absolues, y trouve matiere à considérations et remarques qui valent d'être connues. Parmi celles-ci, notons la confirmation de ce fait, déjà observé, que, dans les insuffisances multiglandulaires, lors meme que le symptome ovarien est dominant, l'opotherapie ovarienne seule est généralement inefficace : il faut agir en même temps sur l hypophyse, la thyroïde ou la surrenale. De même, l extrait lipoïdique sera inopérant dans les hemorragies non liees a une suractivité lutéienne ou folliculaire. Mais ces cas particuliers mis à part, *exceptis excipiendis*, l'action spécifique des extraits d ovaires dissociés se retrouve dans l'injection avec les mêmes caracteres que dans l'ingestion, c'est-a-dire, activante et stimulante pour l'agomensine, frénatrice et régularisatrice pour la sistomensine, mais avec une intensité plus grande et surtout plus de rapidité, ce qui d'ailleurs n a rien de surprenant, car il n'apparait guère douteux que, aussi bien la molécule protéidique que la molécule lipoïdique, subissent du fait de leur contact avec les suc digestifs une dégradation partielle qui ne peut qu'amoindrir leurs propriétés spécifiques.

Dans la plupart des cas, d'ailleurs, le traitement, ayant debuté par la forme injectable, peut être continué par la forme ingérable, qu'il s'agisse d'aménorrhee rebelle indiquant l'usage de l'agomensine, ou au contraire de regles profuses indiquant la sistomensine, le fonctionnement ovarien, dans un cas comme dans l'autre, ayant reçu, par une période de trois mois en general d injections de l'extrait indiqué, un amorçage ou un coup de frein que maintient ensuite le traitement buccal. J. Dumont.

LYON MÉDICAL

Delore et Vachey (de Lyon). ***Corps étranger de l'intestin grêle avec perforation et péritonite enkystée consécutive*** (*Lyon médical*, tome CXXXIV, n° 33, 17 Août 1924). — Un homme de 62 ans entre à l'hôpital pour une tumeur de la fosse iliaque droite dont il s'est aperçu pour la première fois trois semaines auparavant; peu à peu la tuméfaction a augmenté de volume, mais sans s'accompagner de crises douloureuses, de troubles intestinaux, ni de fievre. Elle a le volume d'une grosse orange, est dure, irrégulière, mate à la percussion, immobile sur les plans profonds, douloureuse a la palpation. On pense qu il s agit soit d'une appendicite chronique a allure torpide, soit d'un néoplasme cæcal, avec péritonite chronique localisée. A l'opération, on tombe sur une grosse masse englobant l épiploon, le colon transverse, le cæcum ainsi que deux anses grêles. En cherchant à la dissocier, on ouvre une poche d'où s écoule du mucus et au milieu de laquelle on aperçoit un petit bout d'os pointu; une anse grêle présente une petite perforation que l'on suture aussitôt. L'appendice est sain, on le resèque neanmoins ainsi que la masse épiploïque. Péritonisation des surfaces cruentées. Drainage. Mort par péritonite au 7e jour.

Il s'agissait, en somme, dans ce cas, d'une péritonite enkystée consécutive à la perforation d'une anse grêle par un corps étranger. Des observations de ce genre ne sont pas très fréquentes : en France, les auteurs ne signalent que celles de Jalaguier, Paul Delbet et Savariaud. Dans aucun de ces cas le diagnostic exact ne fut porté : dans le cas de Jalaguier, comme dans celui de D. et V., on pensa à une appendicite; dans celui de Delbet, on diagnostiqua une hernie et, dans celui de Savariaud, un sarcome de la paroi abdominale. J. Dumont.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(*Paris*)

Simone Laborde. ***Notions générales concernant la radio-sensibilité des tissus*** (*Journal de Radiologie et d'Électrologie*, tome VIII, n° 7, Juillet 1924).

La radio-sensibilité des tissus est un phénomène extrêmement complexe.

I *Rapports avec la morphologie et la physiologie de la cellule*, — Les différents facteurs sont résumés dans la loi de Bergonié et Tribondeau : « Les rayons agissent avec d autant plus d'intensité sur les cellules que : 1° l'activité reproductrice de ces cellules est plus grande; 2° que leur avenir caryocinétique est plus grand; 3° que leur morphologie et leurs fonctions sont moins définitivement fixées. »

Les réactions ne se produisent qu'après une période latente dont la durée varie selon la nature du rayonnement, la dose utilisée, l organe irradié, l activité cellulaire, etc. D'ailleurs, sur certains tissus (néoplasmes, ovaire, testicule, organes lymphoïdes), le début des modifications peut être observé presque immédiatement par un examen microscopique attentif, tandis que sur d autres l action peut ne se manifester que longtemps après (sur la peau par exemple).

Les tumeurs malignes constituées par des cellules dont le pouvoir de reproduction indéfini est la fonction principale ont, par ce caractère même, une radio-sensibilité spéciale généralement beaucoup plus grande que celle des tissus normaux; mais toutes les variétés de tumeurs malignes sont loin de posséder le même degré de sensibilité; de plus, il ne faut pas faire entrer en ligne de compte seulement les caractères biologiques et histologiques de la tumeur, mais aussi l état général du sujet, le degré d'envahissement, la localisation, etc.

Les *épithéliomas* baso-cellulaires sont particulièrement sensibles, les spino-cellulaires le sont en général beaucoup moins; malgré l opinion de certains auteurs modernes, Mme L. estime que cette distinction reste vraie : les spino-cellulaires envahissent précocement les lymphatiques, se développent rapidement et exigent, pour être stérilisés localement, une technique plus rigoureuse et un dosage plus précis. Les épithéliomas développés aux dépens de parenchymes glandulaires accusent des sensibilités différentes selon l organe.

La radiosensibilité des *sarcomes* varie avec leur structure; les sarcomes lymphoïdes et myéloïdes (de la moelle osseuse) sont peut-être les plus sensibles des tumeurs. Les sarcomes à cellules fusiformes et les ostéo-sarcomes sont peu modifiés; les chondrosarcomes formés uniquement de tissus cartilagineux sont extrêmement fragiles sous l'influence des rayons; les sarcomes à myéloplaxes peu volumineux, tel l'épulis, guérissent en général facilement.

Les cancers *embryonnaires* et les *cancers nævíques* ne paraissent pas pouvoir être modifiés par les radiations.

Les tumeurs des *centres nerveux* donnent des résultats variables : celles qui ont une structure fibreuse sont très radio-résistantes; les diverses variétés de gliomes ont une grande variabilité de sensibilité; les tumeurs de la base du cerveau, qui sont habituellement des épithéliomas, donnent au contraire souvent des résultats brillants.

On a maintenant tendance a se baser sur l'*étude des éléments néoplasiques* : l activité reproductrice, établie par la numération des figures en caryocinèse par rapport à celles au repos, et la constatation de figures dégénératives, traduisant la souffrance des éléments néoplasiques, sont des indices de fragilité vis-à-vis des radiations.

Enfin, il est nécessaire d'étudier le *stroma conjonctivo-cellulaire* : un stroma intact ou présentant des signes de sclérose comporte un pronostic favorable; on comprend l'intérêt primordial de ménager les tissus sains et les dangers de la tendance à trop augmenter les doses de rayonnement. Un stroma déficient avant toute tentative thérapeutique est d'un pronostic défavorable et commande une extrême prudence : la radiothérapie post-opératoire des cancers du sein peut être dangereuse si elle est poussée au point d'abolir les réactions de défense.

II. *Action du rayonnement suivant la dose, l'intensité et la qualité du rayonnement.* — La dose peut être excessive : on tue tous les éléments vivants, l'électivité sur les cellules néoplasiques disparait, — élective : les cellules néoplasiques ne se reproduisent plus et meurent par vieillissement, — inhibitrice : il y a seulement arrêt temporaire de la prolifération. La dose nécessaire pour provoquer la mort de la cellule cancéreuse est d'autant plus grande que sa radio-sensibilité est plus faible. A dose faible, les radiations ont un pouvoir d excitation.

En ce qui concerne l influence du mode de distribution des doses, Mme L., après une discussion serrée des faits acquis, conclut que pour les épithéliomas baso-cellulaires ou intermédiaires qui ont une sensibilité beaucoup plus grande que les tissus sains, on guérit facilement, que les applications soient de courte ou de longue durée, que pour les spino-cellulaires dont la sensibilité est plus voisine de celle des tissus normaux et qui ont besoin de doses importantes, il vaut mieux étaler les doses pour saisir toutes les cellules au moment de leur plus grande sensibilité; enfin que les irradiations prolongées de faible intensité ont l avantage d'être moins nocives pour le stroma conjonctivo-vasculaire. Par contre, les irradiations insuffisantes et répétées produisent une sorte de vaccination; aussi il faut chercher à obtenir l'effet thérapeutique dans une première application ou dans une première série d irradiations rapprochées.

Dans un dernier chapitre est étudiée l'*influence des différentes qualités de rayonnement et le mécanisme de leur action.* Sur le mécanisme nous sommes encore réduits à des hypothèses, mais on peut penser que l'utilisation de rayonnements très pénétrants a surtout pour raison la nécessité d'atteindre des organes profonds. « Il semble actuellement impossible d'attribuer une action élective aux seuls rayons de courte longueur d'onde. » A. Laquerrière.

Lignac et Devois. ***Très grande utilité des radiographies multiples dans la recherche des calculs biliaires*** (*Journal de Radiologie et d'Électrologie*, tome VIII, n° 7, Juillet 1924). — Les auteurs américains semblent déceler les calculs biliaires infiniment plus souvent que les radiologistes français. L'explication la plus probable est la suivante : en Amérique, on fait pour chaque sujet un grand nombre de clichés. L. et D. ayant pu dans quelques cas se rapprocher des conditions utilisées en Amérique ont pu. sans préparation, sans technique spéciale, découvrir des images calculeuses sur certains des nombreux films irradiés alors qu'on ne recherchait même pas la présence de calcul. Citons, par exemple, le cas suivant : on fait un jour chez une dame une série de films de la région vesiculaire qui ne montrent rien d anormal. Le surlendemain, examen gastrique : de nombreux films du duodenum ne montrent pas de calculs, mais sur quelques-uns on distingue une ombre arrondie au coté externe du bulbe et les constatations operatoires vérifient le diagnostic de calcul.

Conclusion : « Le secret des succès américains ne réside pas dans autre chose que dans le nombre des films. » A. Laquerrière.

Axel Reyn (de Copenhague). ***Du traitement du lupus vulgaire et des autres formes de la tuberculose par la lumière artificielle*** (*Journal de Radio-



BIBLIOGRAPHIE

MASSON ET CIE, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN — PARIS-VIe

Vient de paraître :

M. CHIRAY
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux.

M. MILOCHEVITCH
Docteur en médecine de l'Université de Paris.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT
DES
MALADIES DE LA VÉSICULE BILIAIRE

PAR L'EXCRÉTION VÉSICULAIRE PROVOQUÉE

(*ÉPREUVES DE MELTZER-LYON ET DE STEPP*)

A l'aide de la sonde duodénale, une injection concentrée de sulfate de magnésie est poussée directement dans le duodénum et provoque quelques instants plus tard une contraction vive de la vésicule biliaire. La bile projetée dans la cavité duodénale peut en être extraite par la sonde. Cette épreuve permet dans un grand nombre de cas de porter des diagnostics d'une précision jusqu'ici inconnue dans ce domaine complexe.

Les auteurs font connaître, dans cet ouvrage très personnel, la technique de l'épreuve, « le tour de main » qu'elle exige, les méthodes d'examen chimique, biologique et cytologique du liquide, la valeur sémiologique et thérapeutique de l'épreuve.

On peut obtenir avec les techniques actuelles des résultats très intéressants par des moyens relativement simples et faciles.

Un volume de 156 pages avec 13 figures. (*COLLECTION MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES*) . . . . 12 fr.

Reg. du Com. : Seine. 15.234.

ogie et d'Electrologie, tome VIII, n° 8, Août 1924). — Les recherches de Finsen l'avaient conduit déjà à utiliser :

a) Des traitements locaux : on concentrait par un système optique (avec refroidissement) la partie chimique du spectre sur une petite portion des téguments pour tuer les microbes et déterminer une inflammation cutanée amenant la destruction des tissus malades.

b) Des bains généraux, irradiant tout le corps pour agir sur l'état général.

L'utilisation du soleil ne se prête pas à un traitement régulier dans un grand nombre de régions; même dans les pays où le climat permet, au moins en certaines saisons, l'irradiation quotidienne, il peut arriver qu'il y ait des jours où le ciel est voilé. Il est donc nécessaire dans les premiers de recourir aux sources artificielles de façon constante et dans les seconds d'avoir ces sources artificielles à sa disposition pour suppléer le soleil s'il est déficient.

La lampe à arc est celle dont la lumière a une composition se rapprochant le plus de la lumière solaire. Pour le traitement local l'expérience montre qu'on n'a jamais eu, avec la lampe à vapeur de mercure, des résultats aussi bons que ceux fournis par l'arc; de même pour les irradiations générales, même en associant à la lampe à mercure d'autres sources de lumière afin de chercher à réaliser quelque chose d'analogue au spectre solaire, on est loin d'obtenir ce que donne le bain par lampes à arc.

Il ne faut pas oublier dans le traitement local la compression, qui, chassant le sang, permet aux rayons chimiques d'arriver à une certaine profondeur.

Pour le bain général, contrairement à Rollier, R. estime que l'érythème n'a pas besoin d'être évité.

Lupus vulgaire et autres tuberculoses de la peau. — Le traitement du lupus par la lumière introduisit un principe nouveau en thérapeutique, et l'expérience montra que ce traitement amenait une prolifération des tissus sains détruisant les cellules malades. Enfin on constata que ce traitement donnait le minimum de cicatrice.

L'expérience de R. lui donnait 60 pour 100 de guérisons par le traitement local (Sequeira, de Londres, trouve 70 pour 100) dans le lupus vulgaire, et 90 à 100 pour 100 dans la tuberculose verruqueuse; mais, actuellement, dans les cas réfractaires, il fait, en même temps que le traitement local, l'irradiation de tout le corps, ce qui le conduit non seulement à obtenir plus vite la guérison, mais à guérir de façon définitive dans 90 pour 100 des cas. Il estime que le bain général employé seul amène seulement une amélioration, mais ne fournit qu'exceptionnellement la disparition de petites lésions. Il faut donc toujours faire le traitement local.

Tuberculoses chirurgicales. — En 8 ans, il a été traité 439 cas (145 non compliqués, 294 compliqués) de fistules et d'abcès chez des malades dont un certain nombre présentaient des lésions multiples et dont 70 pour 100 étaient âgés de plus de 15 ans. Les résultats exposés dans un tableau détaillé ont été excellents : c'est ainsi qu'on observe 83 pour 100 de guérison pour la tuberculose du coude et que sur 47 cas de tuberculose de la cheville, il y a eu 42 guérisons dont 36 avec mobilité de l'articulation; encore faut-il remarquer qu'on n'a compté que les lésions de l'articulation en éliminant les lésions seulement de voisinage.

Les tendosynovites non compliquées, ainsi que les vieilles affections fistuleuses (plus de 12 mois) de la colonne vertébrale, du pelvis, de la hanche, ont été les affections les plus rebelles.

Dans les tuberculoses ganglionnaires avec fistule, l'association des rayons X comme traitement local avec le bain de lumière général a donné sur 500 cas traités 95 pour 100 de guérison.

De ces faits, R. tire cette conclusion que chez l'adulte comme chez l'enfant, le traitement non chirurgical des tuberculoses chirurgicales donne de brillants résultats et qu'on peut arriver à la guérison, même quand on ne peut recourir au bon air de la montagne, même quand, comme cela est arrivé pour beaucoup de ses malades externes, les conditions générales hygiéniques restent défectueuses.

R. revient en terminant sur la supériorité de la lampe à arc : les travaux récents montrent que c'est bien la partie chimique du spectre qui est la plus utile; mais les rayons bleus et verts et aussi les rayons jaunes et rouges lumineux ne sont pas sans action.

A. Laquerrière.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE
(Paris)

Max Thorek. ***Des affinités sanguines entre les animaux et de leur importance dans les greffes glandulaires*** (*Revue française d'Endocrinologie*, tome II, n° 3, Juin 1924). Il a toujours été constaté cliniquement et expérimentalement que les greffes qui réussissent le mieux sont les greffes *autoplastiques*, puis les greffes *homoplastiques*; les greffes *hétéroplastiques* n'arrivent généralement pas à faire partie intégrante du sujet récepteur.

En particulier, quand il s'agit de greffe testiculaire chez l'homme, il est nécessaire de la réaliser par une greffe *hétéroplastique* et, pour cela, on s'adresse à l'ordre des Primates : Anthropoïdes, Cercopithèques, Cébidés, Hapalidés et Lémuriens. Les quatre premiers groupes sont tous considérés comme proches de l'homme et le dernier groupe (les Lémuriens) comme en étant déjà éloigné.

Nuttall utilisa, comme meilleur moyen de mettre en évidence les relations zoologiques existant entre les animaux, de noter les effets de puissants antisérums sur des dilutions de sang provenant de ces animaux.

Dans ces études il fut constaté que le sang des anthropoïdes et des cercopithèques donnait généralement des réactions identiques à celles données par le sang humain. Des recherches semblables ont été faites par l'auteur avec du sérum de lapin antihumain et du sérum humain et de singes appartenant aux classes les plus rapprochées (cynocephale et macaque) et les résultats furent la vérification des travaux de Nuttall, savoir qu'il y a similitude biologique entre le sang de ces animaux et celui de l'homme.

La conclusion du travail est qu'il faut tenir compte de ces affinités sanguines dans l'application des greffes si l'on désire qu'elles « prennent ».

Marcel Laemmer.

IL POLICLINICO [Sezione medica]
(Rome)

P. Filipella. ***Contribution à l'étude des tumeurs primitives des capsules surrénales*** (*Il Policlinico* [*sezione medica*], tome XXXI, fasc. 8, 1er Août 1924). — Après une classification des tumeurs de la capsule surrénale F. décrit un cas de tumeur maligne primitive observée chez un homme de 58 ans; le début se fit par des douleurs de l'hypocondre droit : bientôt apparurent des adénopathies indolentes de la région inguinale et sous-axillaire; une expectoration sanglante avec dyspnée détermina l'entrée a l'hôpital. Malade très amaigri, coloration brun jaunâtre de la peau; ganglions superficiels d'une dureté ligneuse, indolents et mobiles sur les plans profonds. L'examen de la région abdominale ne révèle rien d'anormal; à la radio, on trouve dans la région thoracique une ombre très limitée ovalaire sur le bord du ventricule droit. La mort survient sans qu'on fasse le diagnostic. L'autopsie permit de constater à droite une volumineuse tumeur faisant corps avec la face postéro-inférieure du foie et avec la coupole diaphragmatique et à gauche une tumeur située au-dessus du rein et adhérente au diaphragme; dans le poumon, on trouva une tumeur grosse comme un œuf de poule, de couleur jaunâtre. L'examen de ces pièces fut fait au point de vue macroscopique et microscopique.

La tumeur droite se présente comme une masse irrégulière de couleur blanc jaunâtre, fluctuante; incisée, elle donne issue à du sang noirâtre; quant à la tumeur gauche, elle est de consistance solide et a l'aspect d'une capsule surrénale normale avec des foyers de nécrose. Dans la rate, on trouve 2 noyaux gros comme un œuf de pigeon avec les caractères de la tumeur gauche.

Au microscope, on a étudié les masses surrénale, splénique et ganglionnaire.

Surrénale : la tumeur montre un stroma connectif riche de cellules de types divers et de cordons d'éléments polygonaux avec des noyaux de forme diverses et à différents états de dégénérescence; les cellules néoplasiques affectent des rapport avec les parois vasculaires (caractéristiques des périthéliomes).

Rate : les nodules sont constitués par des formations papillaires ramifiées avec un vaisseau central au milieu d'un tissu connectif très rare; les cellules de revêtement tendent à la forme cylindrique, constituent un véritable syncytium; leur noyau est très chromatique.

Ganglions : ils sont transformés en tissu alvéolaire fibreux et, dans les alvéoles, sont contenues des cellules polygonales, à noyaux multiples analogues au tissu surrénal.

Malgré la difficulté du diagnostic anatomique, F. pense que ces blastomes sont des formes atypiques de tumeurs surrénales.

Olivieri.

E. Trenti. ***Sur un cas de tumeur primitive du foie à évolution très lente*** (*Il Policlinico* [*Sezione medica*], tome XXXI, fasc. 9, 1er Septembre 1924). — Les néoplasmes primitifs du foie sont en pratique assez rares.

T. rapporte l'histoire d'une femme de 30 ans qui présentait une hépatomégalie considérable; la palpation montrait le foie bosselé de masses dures, lisses, arrondies. L'état général n'était cependant que modérément atteint et l'évolution se poursuivit pendant plus de 2 ans avant qu'une affection intercurrente ne vint enlever la malade.

L'examen anatomique montra l'existence d'un lympho-angio-endothéliome avec un nodule métastatique au niveau du poumon.

L. de Gennes.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA
(Parme)

R. Paolini. ***Sur un cas de rectite ulcéreuse chronique occasionnée par un calcul biliaire*** (*Giornale di Clinica medica*, fasc. 12, 30 Août 1924). — P. relate l'observation d'un homme de 65 ans sujet depuis plusieurs années à des crises douloureuses abdominales. Ces crises survenaient à l'improviste, en pleine santé apparente, après les repas, au niveau de la région vésiculaire, avec irradiations douloureuses dans tout l'abdomen et à l'épaule droite. En même temps, le malade présentait des vomissements, puis, dans la suite, une diarrhée abondante, rebelle à toute thérapeutique, et du ténesme rectal. Ni ictère ni décoloration des selles. Le toucher rectal permit d'extraire une masse dure, pesant environ 50 gr., assez adhérente à la muqueuse; il s'agissait d'un calcul de cholestérine, entouré de matières durcies; cette extraction fut suivie de la guérison.

L. Cotoni.

ANNALI D'IGIENE
(Rome)

A. Scala et A. Alessandrini. ***Le pouvoir hémolytique du sérum sanguin et son origine probable*** (*Annali d'Igiene*, n° 8, Août 1924). — S. et A. ont institué des recherches pour élucider le mécanisme de la formation des hémolysines et leur nature. Soumettant plusieurs séries de lapins à un régime alimentaire déterminé, ils ont pratiqué des analyses d'urine nombreuses avant et pendant les injections de sang de mouton; chez certains lapins, celles-ci étaient faites tous les 2 jours, dans le péritoine; chez d'autres, tous les 5 jours, sous la peau.

Parmi les résultats obtenus, comparables dans les 2 séries, mais plus nets chez les lapins injectés dans le péritoine, ils mentionnent surtout la baisse de l'alcalinité urinaire, la diminution du taux de la chaux et des chlorures, l'abaissement de la quantité des urines. Le pouvoir hémolytique apparait ensuite dans le sang, puis les urines, de troubles, deviennent claires, ensuite jaune foncé et brunâtres; elles contiennent alors des pigments biliaires, et, à la fin de l'expérience, de l'albumine. Les animaux meurent après le traitement. S. et A. analysent en détail les diverses modifications urinaires et sanguines observées. Pour eux, la baisse de l'alcalinité urinaire est due à ce qu'une partie des carbonates alcalins et alcalino-terreux des humeurs sont neutralisés par l'acide phosphorique et éliminés dans l'intestin. En poursuivant les injections de sang, on réalise un véritable état d'acidose; le pouvoir hémolytique du sang augmente lorsque la chaux, éliminée, fait défaut et ne s'oppose plus à l'hémolyse. Inversement, dans les sérums syphilitiques, la réaction de Wassermann serait positive parce que la lyse des hématies est empêchée par l'excès de chaux contenu dans ces sérums (Pietravalle). S. et A. tentent d'expliquer le mécanisme de l'albuminurie et des autres troubles observés, accompagnant leur travail de nombreux tableaux où figurent les chiffres relevés dans les examens de sang et des urines.

L. Cotoni.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(*Munich*)

H. Pette. ***Névralgie du trijumeau et sympathique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome CXXI, n° 32, 8 Août 1924). — Les opérations pratiquées sur le sympathique cervical viennent de façon imprévue éclairer la pathogénie si obscure de la névralgie faciale. Chez 2 malades ayant subi une sympathectomie cervicale unilatérale pour des accès d'asthme, P. a vu survenir immédiatement après l'intervention qui avait fait cesser les crises d'asthme de violentes douleurs paroxystiques dans la face, accompagnées au début d'une sensation persistante de chaleur qui disparut au bout de quelques jours, tandis que les douleurs existaient encore 6 mois après l'opération, se manifestant à l'occasion des mouvements de la mâchoire, de l'attouchement de la langue ou du visage avec de l'eau chaude ou froide, présentant leur maximum dans la région malaire.

La possibilité d'une relation causale entre les névralgies et les troubles vaso-moteurs, soutenue par Quincke, puis abandonnée à la suite des critiques d'Alexander, pour faire place à la pathogénie des névralgies proposée par Oppenheim, basée sur l'existence de fines lésions des nerfs, en particulier des *nervi nervorum*, qui n'ont d'ailleurs jamais été démontrées, doit être de nouveau prise en considération à la suite de ces observations qui montrent pour ainsi dire expérimentalement les relations entre les fonctions du sympathique et la névralgie faciale. Comme nouveaux arguments à l'appui, on peut invoquer les troubles vaso-moteurs accompagnant la douleur névralgique : congestion de la face, lacrymation, sialorrhée, etc., l'alopécie comme dans un cas de P. On ne peut interpréter ces troubles comme la conséquence réactionnelle de la névralgie, car ils se montrent souvent avant l'apparition des douleurs aiguës, de la véritable névralgie; ils sont d'ordinaire simultanés et constituent l'expression d'un même réflexe, à arcs égaux, sensitif et vaso-moteur.

L'apparition et la disparition subites de la douleur vient encore à l'appui de l'origine vaso-motrice de la névralgie. Le fait que la névralgie faciale se borne souvent à l'une des 3 branches du trijumeau suggère que les ganglions sympathiques annexés à ces branches interviennent dans le processus vaso-moteur.

P.-L. Marie.

F. Härtel (d'Osaka). ***Du traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome CXXI, n° 32, 8 Août 1924). — H., qui a pratiqué tant en Allemagne qu'au Japon l'injection d'alcool dans le ganglion de Gasser chez 108 malades, préconise vivement cette thérapeutique de la névralgie faciale. Tous les cas graves traités (42), chez lesquels l'anesthésie totale permanente du trijumeau était indiquée et fut réalisée, sont restés indemnes de récidive, sauf un chez lequel cette dernière survint au bout de 7 ans. Dans 9 cas graves, presque tous des hommes, où l'anesthésie totale quoique indiquée ne put être obtenue que partiellement, 7 eurent des récidives au bout de 6 mois à 4 ans. Dans les cas moins graves où pour ménager la cornée l'anesthésie partielle était indiquée, la récidive se produisit constamment plus ou moins longtemps après l'injection; les réinjections pratiquées furent toujours suivies de succès. Dans les cas de névralgie faciale liée à l'hystérie ou à la migraine, les résultats ne sont que passagers et il faut s'abstenir de ce traitement.

La mortalité de l'intervention est nulle, alors que l'ablation du ganglion de Gasser entraine encore dans les statistiques les plus récentes 11 pour 100 de décès. Avec une technique convenable, on évite la blessure et la thrombose consécutive des vaisseaux intracraniens, observées par deux chirurgiens. Les phénomènes d'irritation méningée, dus à une injection trop considérable, trop rapide et surtout faite trop haut, ne se produisent pas si l'on opère avec précaution et en se servant d'une aiguille à curseur placé à 6 cm. de l'extrémité jusqu'à ce qu'on ait atteint la base du crâne, puis reculé de 0 cm. 5 à 1 cm. 5. Les troubles de la cornée après anesthésie totale sont identiques à ceux qui suivent la résection du ganglion et peuvent être évités au moyen de soins minutieux que H. indique. Les paralysies oculaires parfois observées sont toujours passagères. Krause reproche à l'injection d'alcool de déterminer des cicatrices rendant difficile une extirpation ultérieure. Avec les petites doses (0 cmc 5 à 2 cmc) employées par H. cet inconvénient est peu à craindre; d'ailleurs les résultats durables que procure presque toujours l'injection d'alcool rendent le plus souvent superflue une gassérectomie ultérieure.

La technique de l'injection partielle et totale que précise H. est assez délicate, néanmoins elle est encore plus simple que celle de la résection du ganglion.

P.-L. Marie.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(*Leipzig*)

Kurt Beckmann (de Greifswald). ***Etudes sur l'œdème; l'œdème du sang; expériences d'interprétation sur le sérum sanguin de malades atteints d'œdèmes*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin* (Leipzig), tome CXLV, fasc. 1 et 2, Septembre 1924). — Si l'on détermine, comme l'a fait B., à la fois la teneur en albumine d'un sérum, son résidu sec et la quantité d'eau qu'il laisse transsuder à travers un ultrafiltre pendant l'unité de temps, on peut parvenir à caractériser deux qualités différentes du sérum : d'une part l'hydrémie ou la concentration du sérum, — d'autre part l'état d'hydratation ou d'imbibition plus ou moins marquée des albumines du sérum. S'il y a en même temps diminution du taux d'albumine et du résidu sec et augmentation de l'ultrafiltration, on peut dire qu'il y a hydrémie. Dans le cas contraire, le sérum se concentre. Mais si, le taux d'albumine et le résidu sec restant stationnaires, l'ultrafiltration se modifie, cette modification ne paraît explicable que par une variation dans l'état d'imbibition des albumines sériques : plus les albumines s'hydratent en effet, plus la quantité d'eau disponible diminue dans le sérum; lorsque l'imbibition augmente, on peut parler d'un véritable « œdème du sang », qu'il y a lieu de distinguer de l'hydrémie. A vrai dire, l'interprétation des chiffres est compliquée, dans bien des cas, par l'impossibilité de déterminer la quantité d'albumine totale du sérum : il faudrait connaître la quantité totale du sang pour faire à coup sûr le départage entre l'hydrémie et l'hypoalbuminose.

Les essais qui ont été faits pour établir une relation entre l'état d'hydrémie ou de concentration du sérum, d'une part, et, d'autre part, les variations des œdèmes ou de la diurèse n'ont pas permis, dans la plupart des cas, et en particulier chez les néphritiques, d'établir des relations fixes. L'imbibition des albumines sériques rend-elle mieux compte des phénomènes? Ces albumines ne peuvent-elles pas, comme celles des tissus, par leur appétence pour l'eau (Ellinger), jouer un rôle important dans les œdèmes et dans la diurèse? C'est pour répondre à cette question que B. a institué ses recherches Comme sujets, il a choisi 7 malades atteints d'œdèmes de diverses origines. La plupart des malades ont été soumis à des dosages multipliés. Les déterminations ont porté sur le taux des albumines (méthode de Kjeldahl et réfractomètre), sur le résidu sec, sur l'ultrafiltration (généralement à l'aide d'ultrafiltres imperméables à toutes les albumines, quelquefois à l'aide d'ultrafiltres perméables aux albumines à petite molécule peu hydratées), et souvent sur le taux des chlorures, sur le point cryoscopique et sur la viscosité (cette dernière en général inversement proportionnelle à l'ultrafiltration).

Les variations dans les résultats fournis par l'ultrafiltration des sérums de néphritiques sont des plus étendues. En désignant par 100 la quantité ultrafiltrée d'un sérum normal témoin, les sérums des glomérulo-néphrites chroniques, étudiés par comparaison, donnent des chiffres qui varient de 54,6 à 331,7, sans qu'il y ait aucun parallélisme avec les taux du résidu sec ou des albumines totales. Il semble que, dans les cas où l'ultrafiltration donnait des chiffres faibles (forte imbibition des albumines sériques), il y avait des divergences appréciables entre les valeurs fournies respectivement par la méthode de Kjeldahl et par la réfractométrie pour les mêmes albumines. Il serait intéressant de savoir si l'hydratation de la molécule albuminoïde est susceptible de modifier son pouvoir réfractométrique.

Ces variations si considérables dans l'aptitude du sérum à l'ultrafiltration chez les néphritiques ne semblent présenter aucune proportionnalité, ni avec la production des œdèmes, ni avec la diurèse. Les examens de malades différents et les examens successifs d'un même malade sont, à cet égard, également difficiles à interpréter.

J. Mouzon.

THE LANCET
(*Londres*)

Ksawery Lewkowicz. ***La fièvre cérébro-spinale; nouvelles conceptions pathogéniques, leur application au traitement spécifique de la maladie*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5271, 6 Septembre 1924). — A l'encontre de l'ancienne conception qui admettait d'abord une localisation naso-pharyngée du méningocoque, puis une invasion des méninges, il est probable que le méningocoque pénètre dans le système ventriculo-sous-arachnoïdien par les plexus choroïdes. Cette conception s'appuie sur l'absence de vaisseaux dans l'arachnoïde; sur des examens histologiques : Dopter a trouvé, dans des cas foudroyants, une inflammation aiguë des plexus; sur des arguments biologiques : les plexus sont des organes très vasculaires et ont une fonction de sécrétion, d'excrétion.

Il y a donc lieu d'admettre les trois étapes suivantes : infection d'allure grippale à méningocoques, septicémie, choroïdo-épendymite.

Si l'on compare les résultats de la ponction ventriculaire et de la ponction lombaire, on voit que le méningocoque se développe principalement et parfois presque exclusivement dans les ventricules. Les deux liquides diffèrent notablement suivant les cas : tantôt la réaction inflammatoire ventriculaire est très atténuée; le liquide ventriculaire paraît clair à l'examen direct, il contient peu de globules blancs, mais une grande quantité de germes, tandis que dans les espaces sous-arachnoïdiens, les phénomènes de suppuration sont très accentués. Tantôt, au contraire, les ventricules sont le siège d'une suppuration intense, et si le nombre des leucocytes paraît plus considérable dans le liquide retiré par ponction lombaire, c'est qu'il y a dans les espaces sous-arachnoïdiens une résorption continuelle de liquide, tandis que les globules blancs sont retenus.

Au point de vue thérapeutique, si l'infection ventriculaire est le fait initial et prépondérant, c'est là qu'il faut injecter le sérum. On obtient souvent, il est vrai, par l'injection sous-arachnoïdienne de sérum, une imprégnation suffisante de tout le système ventriculo-sous-arachnoïdien, mais parfois cette imprégnation n'est pas assez forte pour que des anticorps se forment en quantité suffisante, ou bien la diffusion du sérum est empêchée par l'œdème cérébral, par des adhérences ou par l'oblitération des orifices de communication.

Il faut donc recourir systématiquement et d'emblée à la ponction ventriculaire et à l'injection intraventriculaire de sérum, intervention peu douloureuse et qui peut être répétée.

J. Rouillard.

Gifford Nash. ***Rupture d'une grossesse tubo-utérine coïncidant avec une grossesse intra-utérine*** (*The Lancet*, tome CCVI, n° 5271, 6 Septembre 1924). — Il s'agit d'une femme de 31 ans, ayant un retard de règles de 9 semaines, qui ressent brusquement une vive douleur dans la fosse iliaque droite avec nausées et vomissements, et qui présente des signes d'hémorragie interne, avec pouls à 136. A l'intervention, on trouve du sang et des caillots dans l'abdomen, et, à la corne droite de l'utérus, un sac rompu laissant échapper des membranes. La paroi utérine a des lésions telles qu'il faut pratiquer l'hystérectomie supravaginale. La malade guérit.

A l'examen de la pièce, on constate qu'il s'agit d'une grossesse tubo-utérine. En outre, en ouvrant l'utérus, on trouve un embryon de 4 cm. de long. Il est probable que les deux grossesses avaient commencé à la même date.

J. Rouillard.

Bruce Bruce-Porter. ***Douleur de siège anormal dans un cas d'appendicite chronique*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5271, 6 Septembre 1924). — Un homme de 51 ans a ressenti à diverses reprises depuis 4 ans une douleur thoracique violente siégeant à droite au-dessus du mamelon. On a pensé à une angine de poitrine, mais le repos ne l'a pas amélioré; on a pensé à un ulcus duodénal, à la lithiase biliaire, mais des régimes sévères n'ont pas eu plus de succès. A un examen ultérieur, en pinçant la peau de l'abdomen, on sent un peu de résistance dans la région appendiculaire; de plus, la palpation profonde de la fosse iliaque droite est douloureuse et réveille une douleur mamelonnaire très caractérisée, analogue à la douleur ressentie antérieurement.

A l'intervention, l'estomac, le pylore et la vésicule

paraissent normaux; l'appendice présente des lésions d'inflammation ancienne et récente avec des adhérences pelviennes : il est extirpé. Actuellement, il n'y a plus aucune douleur, aucun trouble digestif.

B. P. a observé antérieurement un cas analogue : un malade se plaignait d'une douleur mamelonnaire à gauche; il a été guéri complètement à la suite de l'appendicectomie. J. Rouillard.

P. C. Varrier Jones. ***Cytologie du lait; ses variations suivant les conditions physiologiques et pathologiques*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5272, 13 Septembre 1924). — Des colorations appropriées permettent de distinguer dans le lait diverses variétés de cellules : éosinophiles à granulations fines ou volumineuses, grands mononucléaires, lymphocytes, cellules basophiles ou neutrophiles, cellules épithéliales.

En étudiant le pourcentage des cellules, il est possible d'apprécier les conditions de la lactation; on peut reconnaître si la vache cessera bientôt de fournir du lait, car les cellules qui apparaissent à cette période sont des cellules tissulaires, facilement distinguables des cellules inflammatoires ou polynucléaires.

Si l'on veut une grande précision, il faut examiner le lait fourni par chaque pis, le lait du début, du milieu et de la fin de la traite; ce dernier contient habituellement le plus grand nombre de cellules.

La nourriture des vaches est un facteur important de modifications physiologiques; par un examen attentif, on peut déterminer chez des vaches soumises à des régimes différents l'origine d'un échantillon de lait. Si les intervalles entre les traites sont allongés ou abrégés, la cytologie est également modifiée. Il existe enfin une relation entre la teneur en matières grasses et le pourcentage des cellules : l'augmentation de la crème coïncide avec un accroissement du nombre des cellules, mais une augmentation des cellules inflammatoires est invariablement associée à une diminution du taux de la crème.

Dans les conditions pathologiques, maladies antérieures, fièvre de lait, mastite, formation d'abcès, infection streptococcique, les cellules sont modifiées quantitativement et qualitativement.

Le lait contenant du pus étant impropre à la consommation, il importe de déceler la présence du pus; or comme il est difficile de distinguer les leucocytes banaux des cellules du pus, il ne suffit pas de compter les cellules qui existent dans le culot d'un échantillon de lait, il faut les colorer électivement et en faire le pourcentage. J. Rouillard.

John Hay. ***Effets de la quinidine dans la thérapeutique des affections cardiaques*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5272, 13 Septembre 1924). — Les observations qui font l'objet de ce mémoire peuvent être réparties en 3 groupes : 166 cas de fibrillation auriculaire avec affections valvulaires; 87 cas de fibrillation avec artério-sclérose, myocardite, hypertension, syphilis vasculaire, sans affections valvulaires; 12 cas de maladie de Basedow.

La quinidine a été administrée suivant diverses modalités, soit à doses progressives de 30, 40, 60 centigr. par jour, soit à doses plus fortes ou plus faibles. Une dose totale de 1 à 3 gr. est généralement suffisante.

Avant la quinidine, on a donné de la digitale lorsqu'il y avait décompensation cardiaque ou tachycardie, et d'habitude on a continué la quinidine quelques jours après la restauration du rythme normal.

Les résultats cliniques sont les suivants : dans le 1er groupe, 78 échecs, 42 améliorations temporaires, 46 succès; dans le 2e groupe, 28 échecs, 24 améliorations temporaires, 35 succès; dans le 3e groupe, 4 échecs, 8 succès.

L'administration de la quinidine n'est pas exempte de dangers. On peut observer des accidents peu graves : céphalée, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, palpitations, angoisse et douleurs précordiales, érythèmes toxiques. Mais en outre il y a eu 7 cas de morts subites, inexplicables, sans embolie, et 7 cas d'embolies cérébrales, pulmonaires ou artérielles, après des doses variables, et alors que le rythme était redevenu normal.

D'autres malades ont présenté des pauses ventriculaires, des attaques épileptiformes.

Les principales contre-indications sont : les lésions cardiaques anciennes et décompensées, avec stase veineuse; les endocardites aiguës et subaiguës; les embolies antérieures; l'antécédent de crises angineuses ayant cessé lors de l'apparition de la fibrillation auriculaire.

Les principales indications sont : la fibrillation d'apparition récente, surtout si elle succède à une infection aiguë, et la fibrillation au cours du goitre exophtalmique. J. Rouillard.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

J. C. Aub, A. S. Minot, L. T. Fairhall et P. Reznikoff (de Boston). ***Recherches récentes sur l'absorption et l'élimination du plomb par l'organisme*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 8, 23 Août 1924). — Il résulte des recherches instituées par A. et ses collaborateurs que le plomb est absorbé beaucoup plus rapidement par les voies respiratoires que par le tube digestif.

Il circule dans le torrent sanguin sous forme de phosphate et est emmagasiné dans la partie calcaire des os, qui en retient ainsi environ 95 pour 100 durant les phases chroniques du saturnisme.

Les accidents aigus ne surviennent qu'après absorption de quantités considérables du poison ou à la suite de la mise en liberté des dépôts contenus dans les os.

Dans le saturnisme actif, le plomb est réparti dans l'organisme beaucoup plus largement que dans les formes chroniques et torpides de l'intoxication.

L'administration des acides ou des alcalins, surtout lorsqu'elle est associée à un apport faible de calcium, accélère l'élimination du plomb. L. Cheinisse.

Alice F. Maxwell (de San-Francisco). ***Le sort et le fonctionnement des ovaires après hystérectomie*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 9, 30 Août 1924). — Le travail de Mme M. est basé sur l'étude de 500 cas d'hystérectomie, dans lesquels les opérées ont pu être suivies pendant une période variant de 1 à 8 ans (la moitié des cas ont été suivis pendant plus de 3 ans).

Le tableau suivant indique la fréquence comparée des troubles vasomoteurs après hystérectomie avec ablation des ovaires, après hystérectomie avec ovaires conservés et dans la ménopause normale.

	Nombre des cas	Troubles vasomoteurs
	—	p. 100
Hystérectomie avec ablation des ovaires	329	80
Hystérectomie avec ovaires conservés	171	42
Ménopause normale	»	50

Comme on le voit, la fréquence de ces troubles est essentiellement conditionnée par les ovaires, l'absence d'utérus, par elle-même, n'y intervenant pas, puisque le pourcentage des troubles en question est après hystérectomie avec ovaires conservés à peu près le même que pour la ménopause normale.

Les troubles vasomoteurs graves s'observent plus fréquemment chez les femmes privées de leurs ovaires que chez celles dont les ovaires ont été conservés.

Toutefois, l'apparition plus ou moins tardive de ces troubles dans des cas de cette dernière catégorie indique qu'un certain nombre d'ovaires conservés subissent une atrophie dans l'espace d'un an après l'opération. Le sort des ovaires dépend, d'ailleurs, dans une large mesure, de l'état du tissu ovarien : les ovaires sains ne sont pas susceptibles de dégénérescence.

La durée moyenne des troubles de la ménopause — que celle-ci soit normale ou chirurgicale — est de 2 ans 1/2.

Les femmes avec un taux d'hémoglobine inférieur à 70 pour 100 sont plus sujettes à des troubles vasomoteurs après hystérectomie que les femmes chez lesquelles ce taux est plus élevé.

L'opothérapie ovarienne n'a pas donné, entre les mains de Mme M., de résultats bien nets, puisque, malgré ce traitement, des troubles fonctionnels ont été notés chez plus de 80 pour 100 des femmes ayant subi l'ablation des ovaires. A ce point de vue, diverses préparations du corps jaune ne se sont pas montrées supérieures à l'emploi de la glande entière. Toutefois, l'opothérapie a paru souvent atténuer les symptômes morbides. L. Cheinisse.

N. M. Keith, Ch. W. Barrier et M. Whelan (de Rochester). ***Traitement de la néphrite et de l'œdème par le [chlorure de] calcium*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 9, 30 Août 1924). — K., B. et W. relatent 2 cas dans lesquels le chlorure de calcium a été employé avec succès.

Le 1er a trait à un jeune homme de 22 ans, qui fut admis à la « Mayo Clinic » avec un œdème généralisé très accentué, et dont le début remontait à 9 mois. L'examen montra qu'il s'agissait d'une néphrite glomérulaire subaiguë. Les œdèmes, très rebelles aux moyens usuels, résistèrent aussi à un premier essai de traitement par le chlorure de calcium (peut-être parce qu'un purgatif ayant été administré, le chlorure de calcium passa en grande partie sans être absorbé). Administré à nouveau pendant une période de 10 jours, à la dose quotidienne de 18 gr., le chlorure de calcium amena une diminution de poids de 3 kilogr. 6, en même temps que le taux des urines atteignait 1.700 cmc.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'une jeune femme de 21 ans, atteinte de néphrite subaiguë, avec œdème généralisé. Sous l'influence du chlorure de calcium, administré pendant 4 jours à la dose quotidienne de 10 gr., il se produisit une diurèse soutenue, la malade perdit 4 kilogr. 1, ce qui ramena son poids à la normale, et elle fut complètement débarrassée de ses œdèmes. L. Cheinisse.

R. W. Billington (de Nashville). ***Spondylite consécutive à la méningite cérébro-spinale*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 9, 30 Août 1924). — Sur 35 malades qui se plaignaient de douleurs lombaires persistantes et datant d'une atteinte de méningite aiguë, B. a pu constater 19 fois des signes cliniques nets de spondylite. Dans 14 de ces 19 cas, le diagnostic fut confirmé par le résultat positif de l'examen radiographique, et, fait remarquable, parmi les 14 patients en question, 12 présentaient des lésions seulement dans la partie inférieure de la région lombaire (de la 3e à la 5e vertèbre lombaire). Ces lésions étaient de nature hypertrophique dans les 12 cas, et, dans 8 d'entre eux, il existait aussi une destruction partielle ou complète d'un disque vertébral.

En se basant sur ces faits, B. conclut à l'existence d'un type particulier de spondylite infectieuse, reconnaissant pour agent pathogène le méningocoque.

B. estime que l'aiguille à ponction lombaire peut facilement servir de moyen direct d'inoculation du méningocoque dans les vertèbres et disques lombaires inférieurs, et, à en juger d'après la localisation des lésions dans 12 cas sur 14, ce facteur semble jouer un rôle étiologique important. Les 2 cas où les lésions siégeaient dans d'autres régions peuvent représenter des infections métastatiques, analogues aux arthrites méningococciques survenant aux membres.

Le traitement de cette spondylite comporte une immobilisation précoce et prolongée. L. Cheinisse.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

A. Perin. ***Un nouveau signe d'adhérences pleurales : le changement inspiratoire du son de percussion*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, fascicule 4, Septembre 1924). — L'existence des adhérences pleurales est importante à relever dans l'examen de l'appareil respiratoire; l'anamnèse, les rétractions du thorax, la mobilité active et passive des bords pulmonaires, l'examen radioscopique fournissent des renseignements au clinicien. P. a noté que là où existent des adhérences pleurales, le son de percussion légère, lorsqu'on invite le patient à inspirer profondément et retenir ensuite sa respiration, est plus tympanique, plus élevé, puis reprend ensuite ses caractères habituels dans le repos respiratoire. P. cite plusieurs observations confirmatives. Il pense que ce signe peut être ainsi expliqué : les alvéoles pulmonaires sous-jacentes à l'adhérence dans l'inspiration, — et, à plus forte raison, dans l'inspiration forcée, — présentent des variations de volume et de tension de l'air qui s'y trouve contenu. L. Cotoni.

(1) Page n° 31 : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*

A. Ferraro. ***Le tonus du système nerveux végétatif dans les « séquelles de l'encéphalite épidémique »; son exploration au moyen des épreuves pharmacologiques. Vagotonie et sympathico-vagotonie (amphotonisme)*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, fascicule 4, Septembre 1924). — L'existence de symptômes d'origine sympathique a été signalée par plusieurs auteurs dans les suites de l'encéphalite épidémique : érythème, hypotension artérielle et tachycardie, hypothermie locale, troubles vaso-moteurs, salivation, sudation, facies d'aspect « gras », etc. F. s'est attaché chez 16 malades présentant des symptômes parkinsoniens à l'étude du tonus du système nerveux végétatif : pouls, tension artérielle, respiration, pupille, sécrétions sudorales, salivaires et lacrymales, dermographisme, réflexes oculo-cardiaque et pilo-moteur. Il a étudié également l'action de diverses substances (adrénaline, atropine, pilocarpine) chez les sujets sains et malades. Sur 16 malades, 11 présentaient de l'hypertonie des deux systèmes antagonistes (amphotonie); sur les 11, 5 offraient une prédominance du système parasympathique, 2 du sympathique. 5 autres malades présentaient de la vagotonie; sur les 5, 2 offraient une hyposympathicotonie concomitante. Il y aurait lieu, en présence d'un malade, de ne pas le traiter systématiquement, comme on le fait, avec des substances tendant à paralyser le vague. Après étude du tonus de chaque système, on se comportera en conséquence. Dans les cas d'amphotonie, on tentera de diminuer le tonus des systèmes sympathique et parasympathique. Etant donné l'influence présumée du sympathique sur le tonus musculaire et le tremblement, il n'est pas indiqué d'administrer des substances paralysant le vague, lorsqu'il existe une prédominance du sympathique dans l'hypertonie.

L. Cotoni.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE

(*Florence*)

Serafino-d'Antona. ***Le ramollissement thrombosique de la moelle spinale*** (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXVIII, fasc. 11-12, Février 1924). — Le syndrome clinique traduisant l'ischémie du tissu nerveux due à la suppression brusque de l'apport artériel, bien connu et étudié pour le cerveau, est presque passé sous silence par les auteurs pour la moelle. Le ramollissement spinal est certainement plus rare, à cause de la différence du régime circulatoire de l'encéphale et de la moelle, en particulier des anastomoses des artères spinales. Aussi, un certain nombre de cas de ramollissements spinaux sont-ils confondus avec les myélites dégénératives. A. rapporte une observation anatomo-clinique, à l'aide de laquelle il essaye de fixer le tableau clinique de l'affection. Il s'agit d'un homme jeune qui, brusquement, sans épisode fébrile ni aucune indisposition, ressentit une douleur légère des membres inférieurs, puis peu après une paraplégie totale; pas de fièvre, pas de troubles généraux; à l'examen, abolition complète de la motilité des membres inférieurs, sauf légers mouvements de la cuisse d'un côté; flaccidité, abolition des réflexes tendineux, pas de signe de Babinski; troubles sensitifs limités à la sensibilité thermique. Paralysie vésicale. Intégrité des membres supérieurs. Ultérieurement, atrophie disséminée de certains muscles des membres inférieurs, sans modifications électriques; escarre de décubitus; infection urinaire; puis réapparition des réflexes, signe de Babinski; amélioration de la paralysie, mais mort par infection secondaire après 47 jours de maladie. L'autopsie montra un ramollissement jaune du renflement lombaire. L'étude histologique montra l'existence de foyers nécrotiques, discrets au niveau de la moelle dorsale inférieure, surtout marqués dans la région lombaire, atteignant les cornes grises antérieures et une partie plus ou moins importante du cordon antéro-latéral. La constitution de ces foyers est la suivante : partie centrale complètement nécrotique avec début de réaction névroglique, entourée d'un tissu réactionnel avec vaisseaux dilatés, corps granuleux, réaction névroglique; à noter l'absence de phénomènes d'infiltration cellulaire qui dans un foyer récent permettraient d'éliminer l'origine infectieuse. Les dégénérations secondaires sont intenses et portent sur le cordon antéro-latéral; les méninges sont normales; enfin l'étude des vaisseaux permit de montrer des lésions importantes de l'artère spinale antérieure, particulièrement au niveau du 2e segment lombaire, ainsi que des thromboses de l'artère centrale médullaire.

Ces caractères anatomiques incitent A. à comparer de tous points le ramollissement spinal au ramollissement cérébral et à soutenir l'existence de phénomènes nécrotiques médullaires reconnaissant leur cause essentielle et unique dans une thrombose vasculaire, indépendamment de tout phénomène inflammatoire; il faut y penser en présence des faits de myélite aiguë, une bonne partie des myélites dites dégénératives pouvant relever du ramollissement ischémique, si l'on prend soin d'étudier les artères. Cliniquement, bien que très proche du syndrome de la myélite aiguë, le ramollissement spinal s'en différencie par l'absence de modification dans l'état général du sujet et de phénomènes infectieux, le début brusque, l'absence de phénomènes irritatifs radiculaires ou méningés (à préciser par la ponction lombaire, négligée dans l'observation), la dissociation des troubles sensitifs, en particulier la dissociation syringomyélique. Ces symptômes ont surtout de la valeur au début; ensuite peuvent s'adjoindre des atrophies musculaires, des troubles sphinctériens dépendant de la topographie de la lésion.

Alajouanine.

Calligaris. ***Recherche sur les lignes hyperesthésiques du corps*** (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXIX, fasc. 5-6, Septembre 1924). — Ce mémoire assez long (plus de 100 pages) n'est que la suite de travaux antérieurs entrepris par C. sur le même sujet depuis 1908, déjà publiés, et doit être complété lui-même par d'autres recherches. D'après C. la superficie du corps humain est subdivisée en une série de lignes hyperesthésiques longitudinales médianes (système longitudinal médian) limitant les grands segments longitudinaux médians (au nombre de 4 sur le tronc), et en une série de lignes longitudinales intermédiaires limitant elles-mêmes de grands segments longitudinaux intermédiaires. Plus nombreuses encore sont les lignes transversales médianes et intermédiaires qui divisent la surface du corps en autant de segments. Tout ce grand système linéaire entoure le corps comme un réticulum : si une excitation est portée en un point du corps intéressant une ligne hyperesthésique, elle se propage dans le réseau tout entier par voie directe ou par diffusion réflexe, bien que prédominant toujours dans la région primitivement intéressée. Ces lignes hyperesthésiques sont probablement pour C. de nature psychophysique comme l'a d'ailleurs admis Bénédict. C. insiste sur la grande régularité des segments intermédiaires délimités par ces lignes, si bien que « tout le corps sympathise avec chacune de ses parties, et chaque partie avec tout le reste du corps », suivant la conclusion de l'auteur.

H. Schaeffer.

Cristoforo Rizzo. ***Contribution à l'histologie pathologique de la sénilité*** (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXIX, fasc. 5-6, Septembre 1924). — Dans cet important et intéressant mémoire R. fait d'abord une revue générale sur l'étude des plaques séniles, puis il expose ensuite le résultat de ses recherches personnelles à ce sujet, pratiquées au moyen d'une technique propre déjà exposée et que nous résumerons brièvement : 1° fixation au formol à 10 pour 100 pendant 2 jours au plus; 2° coupes à la congélation; 3° lavage à l'eau distillée; 4° immersion des coupes 12 heures dans le nitrate d'argent à 2 pour 100; 5° lavage rapide à l'eau distillée; 6° réduction pendant 4 minutes dans le mélange suivant à 40° : hydroquinone 2 gr., eau distillée 100 cmc, formol 6 cmc; 7° lavage à l'eau distillée, déshydratation dans l'alcool, xylol et montage des coupes. Cette technique a permis à R. d'étudier les rapports des plaques séniles et de l'altération cellulaire d'Alzheimer que nous résumerons de la façon suivante : de nombre et de dimension variables, les plaques séniles quand elles sont nombreuses détruisent l'architectonie du cerveau; les petites plaques peuvent ne pas contenir d'éléments cellulaires, les moyennes contiennent des cellules nerveuses et névrogliques; les petites plaques ne proviennent pas d'une division des grandes plaques, elles ne représentent pas davantage un stade plus avancé de ces dernières; elles ne sont pas centrées par les vaisseaux; dans les plaques séniles il existe une altération du chimisme des cellules et des fibres nerveuses, état très éloigné d'ailleurs de celui qui précède la désintégration et la désagrégation de ces éléments; c'est une erreur d'interpréter la dégénération des fibres nerveuses dans les plaques comme un phénomène de régénération; les plaques graisseuses de Laignel-Lavastine et Tinel ont été retrouvées par R. qui les considère comme un artifice de préparation dû à la fixation; la preuve en est qu'on les voit après l'action de certains fixateurs dans les cerveaux qui ont des plaques de Redlisch-Fischer comme dans ceux qui n'en ont pas. Pas de forme de passage pour R. entre les vraies plaques et les plaques graisseuses qui résultent d'une désintégration lipoïde spéciale *in vitro* du tissu nerveux. Enfin, pour R., la réaction névroglique, inconstante, d'ailleurs, dans les plaques séniles, n'a rien à voir avec l'altération cellulaire d'Alzheimer qui relève exclusivement des fibrilles endocellulaires. Ce mémoire se termine par une bibliographie très complète, et est enrichi de planches fort suggestives.

H. Schaeffer.

MEDIZINISCHE KLINIK

(*Berlin*)

Prof Nonne (de Hambourg). ***Observations personnelles sur la ponction sous-occipitale, d'après une série de 310 cas*** (*Medizinische Klinik*, tome XX, n° 27, 6 Juillet 1924). — L'autorité de son auteur, et la documentation sur laquelle il s'appuie, donnent un grand intérêt à l'article de N.; c'est une mise au point très précise des données personnelles que N. a pu recueillir, ainsi que des travaux allemands et américains sur la question; mais les publications françaises sont passées sous silence.

N. emploie la technique d'Eskuchen (*La Presse Médicale*, analyses, 19 et 26 Juillet 1924, p. *130* et *139*). Dans ces conditions, la piqûre du 4e ventricule ne peut s'observer, la profondeur de la citerne, mesurée sur le cadavre, atteignant en moyenne, chez l'adulte, 1 cm 1/2. Cependant il est prudent d'abandonner la ponction, quand on ne rencontre pas, avec l'aiguille, le contact de l'occipital, qui constitue le repère capital. La profondeur à laquelle il faut pénétrer varie de 3 cm. à 8 cm., et N. a fait graduer son aiguille en centimètres pour faciliter le repérage. Le risque d'hémorragie est bien faible également; cependant, s'il n'existe pas dans les conditions anatomiques normales, il n'en est pas de même chez les grands artério-scléreux; N. a eu une mort par hémorragie en 5 minutes chez un vieillard de 79 ans : l'hémorragie provenait de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, qui, au lieu de rester latérale, était flexueuse et déviée vers la ligne médiane.

Les avantages de la ponction sous-occipitale sur la ponction lombaire sont nombreux. La position assise avec flexion de la tête est bien plus facile à maintenir correctement que le décubitus latéral dans lequel il convient de pratiquer la ponction lombaire. L'hémorragie de ponction est bien plus rare dans la ponction sous-occipitale (5 fois seulement sur 310 ponctions).

La traversée de la membrane atlanto-occipitale donne une sensation beaucoup plus nette que la traversée de la dure-mère dans la ponction lombaire.

Les malaises après ponction sont beaucoup plus rares après la ponction haute. N. n'a observé, sur 310 ponctions, que 3 fois de légères élévations thermiques, et 6 fois des maux de tête pendant quelques heures, alors que, après la ponction lombaire, ces derniers surviennent dans 10 à 20 pour 100 des cas. Et cependant la plupart des malades soumis à la ponction sous-occipitale restaient assis ou même debout après l'intervention. Peut-être cette meilleure tolérance est-elle due à ce que la pression du liquide est négative dans la citerne en position assise, ou bien à ce que l'orifice de ponction se ferme mieux dans la membrane atlanto-occipitale, mieux tendue que la dure-mère rachidienne. Enfin la ponction sous-occipitale peut être appliquée dans les tumeurs cérébrales (N., dans 13 cas, n'a pas eu un seul accident); elle permet de pratiquer la ventriculographie avec 20 cmc seulement de gaz, au lieu de 80 cmc par voie rachidienne, ce qui n'oblige pas à une décompression aussi importante, et ce qui ne comporte pas, par suite, les mêmes dangers. Bien entendu, dans les cas de déviations rachidiennes ou de blocage spinal sous-arachnoïdien, la ponction lombaire étant impossible ou ne fournissant qu'une quantité insuffisante, l'indication de la ponction sous-occipitale est formelle. Dans les compressions médullaires, cette technique permet en outre de comparer le liquide au-dessus et au-dessous de la compression.

(1) Page n° 83 : *Publication subventionnée par la Confédération des Sociétés scientifiques françaises, à l'aide des fonds alloués par le Parlement.*

Au point de vue thérapeutique, la ponction sous-occipitale apporte une ressource précieuse dans les hydrocéphalies, dans les tumeurs cérébrales, dans les méningites séreuses, dans les hydrocéphalies post-traumatiques, dans les méningites purulentes. Elle peut permettre à l'injection de sérum antiméningococcique d'agir plus efficacement, comme N. en rapporte un exemple. Combinée à la ponction lombaire, elle rend possible le drainage sous-arachnoïdien. Enfin elle ouvre la voie à des recherches intéressantes sur la circulation du liquide céphalo-rachidien, et N. rapporte quelques-unes de ses observations sur la composition chimique comparée du liquide spinal et du liquide de la citerne, — liquides très analogues, malgré les différences relevées par Eskuchen, — et sur la diffusion des substances colorantes injectées par voie rachidienne, — diffusion accélérée par les mouvements.

J. Mouzon.

Prof. F. Glaser. ***Les variations de la teneur en chaux dans le sérum sanguin au cours des névroses fonctionnelles*** (*Medizinische Klinik* (Berlin), tome XX, n° 36, 7 Septembre 1924). — Le taux du calcium sanguin, chez le sujet normal, ne varie que dans des limites étroites d'un sujet à l'autre, ou d'un jour à l'autre chez le même sujet. G., qui a fait, au total, environ 800 dosages de calcium dans le sérum par la méthode de de Waard, dont il rappelle la technique, a toujours trouvé, chez les normaux, des chiffres compris entre 9 milligr. 25 pour 100 et 10 milligr. 57 pour 100. Chez le même malade, à quelques jours de distance, les variations n'atteignent guère que 0 milligr. 3 pour 100, rarement 0 milligr. 5 pour 100. Ces résultats sont conformes à ce qu'avaient constaté d'autres observateurs (Jansen, Lubowski, Brinkmann, Billigheimer).

Mais, chez les malades atteints de névrose fonctionnelle, les variations du calcium sont beaucoup plus étendues d'un jour à l'autre. Les observations de G. concernent des cas d'asthme, de dépression mélancolique, de démence précoce, d'œdème de Quincke, d'intoxication par le véronal, l'oxyde de carbone, la morphine, de dermographisme, d'acrocyanose, d'hystérie, de dyspepsie nerveuse, de dysthyroïdie.

Or les taux de calcium dans le sérum de ces malades varient, au cours d'examens successifs, de plus de 1 milligr. pour 100. Les différences atteignent jusqu'à 4 milligr. 8 chez une malade (hystérie, acrocyanose). La calcémie peut tomber à 7 milligr. 17 pour 100, ou monter jusqu'à 11 milligr. 31. Des variations de même ordre peuvent s'observer dans les apoplexies cérébrales, dans les syndromes endocriniens. Elles peuvent également être provoquées artificiellement par des excitations psychiques suivies de sommeil hypnotique. G. pense qu'elles sont en rapport avec les oscillations du tonus vago-sympathique, l'irritation du sympathique provoquant la diminution du calcium dans le sérum, l'irritation du vague, son augmentation. Il émet cet espoir que « là où l'anatomie pathologique trouve sa frontière dans les névroses fonctionnelles, la chimie colloïde (et en particulier celle des ions Ca et K) permettra de pénétrer plus avant dans la physiologie pathologique des phénomènes cellulaires ». J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

G. H. Schneider (de Francfort-sur-le-Mein). ***Traitement de la septicémie puerpérale par des mélanges métalliques colloïdaux*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 35, 26 Août 1924). — Bechhold a établi que l'action antiseptique d'un métal se trouve notablement renforcée par son mélange avec un autre métal, le pouvoir désinfectant du mélange étant de beaucoup supérieur à celui de chacun des deux métaux considérés isolément.

A cet égard, les combinaisons colloïdales or + argent (*Aurocollargol*) et cuivre + argent (*Cuprocollargol*) ont paru mériter le plus d'intérêt.

Les deux produits en question ont été expérimentés à la Clinique obstétricale et gynécologique universitaire de Francfort-sur-le-Mein, dirigée par le professeur L. Seitz. Les essais ont porté sur 12 cas de bactériémie grave, dont quelques-uns accompagnés d'une hyperthermie dépassant 39°, avec frissons violents. Il s'agissait, le plus souvent, d'infections consécutives à des avortements criminels, sans périmétrites, ni salpingites, ou de cas graves de fièvre puerpérale.

Les 4 cas dans lesquels on ne parvint pas à déceler, dans le sang, l'agent pathogène guérirent tous. Sur les 8 autres cas où l'hémoculture fut positive, on a compté 5 guérisons et 3 décès.

Les médicaments étaient employés par voie intraveineuse, à la dose de 20 cmc. L'injection, à débit très lent, n'a jamais été suivie de collapsus, ni de lésions rénales ou hépatiques.

L. Cheinisse.

G. Düttmann (de Giessen). ***Sur la lutte contre les dangers de la narcose*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 35, 26 Août 1924). — D. recommande tout d'abord de ne pas négliger l'examen clinique préalable du malade, examen qui doit être aussi complet que possible (cœur, pression artérielle, poumons, analyse des urines, etc.).

Il insiste ensuite sur les associations médicamenteuses qui permettent de réduire la quantité d'anesthésique à inhaler. L'action antagoniste de l'atropine est particulièrement à retenir. Bien considère l'atropine comme un des moyens les plus efficaces pour combattre les effets fâcheux de la morphine, du chloroforme et de l'éther. A 0 gr. 01 ou 0 gr. 02 de morphine, on associe de 0 gr. 0005 décimilligr. à 0 gr. 001 milligr. d'atropine. L'association scopolamine-morphine est susceptible de rendre d'excellents services chez des malades angoissés. A la Clinique chirurgicale universitaire de Giessen, on injecte aux hommes âgés de 20 à 60 ans, une heure et demie avant l'opération, 0 cmc 40 de scopolamine-morphine (l'ampoule de 1 cmc contient 0 gr. 015 de morphine et 0 gr. 0006 de scopolamine), puis, 3/4 d'heure avant l'opération, encore 0 cmc. 40. Chez les femmes, on injecte, aux mêmes intervalles, 0 cmc 30 chaque fois. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, lorsqu'il s'agit de sujets vigoureux, que ces injections sont utilisées aussi chez des malades âgés de moins de 20 ans ou ayant dépassé 60 ans.

Il importe, d'ailleurs, de ne pas perdre de vue que la susceptibilité individuelle à l'égard de la scopolamine-morphine est très variable et que des complications (paralysie du centre respiratoire, collapsus cardiaque) sont à craindre.

On avait pris l'habitude de faire précéder la narcose de purgations répétées et d'un jeûne prolongé. Mais, depuis que l'on a étudié de plus près l'acidose post-anesthésique, on a remarqué que cette pratique avait justement pour effet de provoquer et d'intensifier les accidents d'acidose. Aussi D. conseille-t-il de donner, toutes les fois que l'état du malade le permet, jusqu'à la veille même de l'opération, la nourriture ordinaire, avec apport abondant d'hydrates de carbone.

Dans les cas où il s'agit d'une intervention nécessitant une narcose prolongée, on donne de la digitale, pendant les quelques jours qui précèdent l'opération.

Les malades ayant un mauvais état général reçoivent, en outre, des injections intraveineuses de solutions glycosées hypertoniques.

Pour diminuer l'acidose post-opératoire, on doit s'efforcer d'éviter, au cours de l'intervention, des manipulations brutales, notamment sur l'intestin, qui exposent le patient à des phénomènes de choc.

Là où il faut s'attendre à une acidose intense (acétonurie préexistante) ou lorsque celle-ci éclate après la narcose, on aura recours, avec succès, à des injections intramusculaires d'insuline, associées aux injections intraveineuses de glucose. [D. paraît ignorer que, dès 1923, ce moyen a été employé, aux Etats-Unis, par W. Thalhimer; voir « Mouvement thérapeutique » de *La Presse Médicale* du 3 Mai 1923, p. 391.] L. Cheinisse.

R. Plaut et H. A. Timm (de Berlin-Eppendorf). ***De l'influence des glandes génitales sur le métabolisme organique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 37, 9 septembre 1924). — D'une série de recherches que P. et T. ont entreprises à l'Institut physiologique et à l'Institut radiologique de l'hôpital général d'Eppendorf, il résulte que l'irradiation avec les doses les plus élevées de rayons X qui soient employées en thérapeutique ne produit aucun changement dans le métabolisme basal, pas plus immédiatement après la séance que le jour suivant.

Par contre, lorsque les rayons de Röntgen sont appliqués en vue de la castration dans les cas de fibromes utérins ou de métrites hémorragiques, on constate un abaissement du métabolisme basal de 100 à 200 calories en 24 heures, abaissement qui se produit à l'époque où commence l'aménorrhée et qui dure autant que durent les troubles dus à cette ménopause artificielle, c'est-à-dire quelques mois.

Dans les cas où la ménopause artificielle ne s'est pas encore établie, le métabolisme basal n'est pas abaissé. Il en est de même chez les femmes qui, au moment du traitement par les rayons, avaient déjà dépassé l'âge critique.

P. et T. expliquent ce phénomène par un trouble dans le fonctionnement de la thyroïde, corrélatif à l' « exclusion » de l'ovaire.

L'obésité ne se produirait, en pareil cas, que lorsque le métabolisme basal ne revient pas à la normale.

L. Cheinisse.

E. Kylin (de Eksjö, Suède). ***Contribution à la thérapeutique de l'hypertension artérielle*** (*Klinische Wochenschrift*, tome III, n° 38, 16 Septembre 1924). — Le traitement préconisé par K. consiste dans l'emploi combiné de l'atropine et du chlorure de calcium. Voici quelles sont les considérations théoriques invoquées en faveur de cette méthode : 1° la réaction à l'adrénaline montre que, dans l'hypertension essentielle, il y a prédominance du système vague sur le système sympathique; l'atropine, en paralysant le système para-sympathique, est appelée à rétablir l'équilibre entre les deux systèmes; 2° le chlorure de calcium est destiné à remédier à l'abaissement de la teneur du sang en calcium que l'on constate dans l'hypertension (Jansen, Kylin).

K. ordonne le chlorure de calcium à la dose de 1 gr. répétée 4 fois par jour, et le sulfate d'atropine à la dose de 1/4 de milligr. également 4 fois par jour.

Sous l'influence de cette médication on verrait la tension sanguine subir un abaissement notable et redevenir normale, en même temps que l'état général irait en s'améliorant.

Toutefois, le nombre des cas observés par K. est encore trop restreint pour que l'on puisse, d'ores et déjà, se prononcer définitivement sur la valeur de la méthode. L. Cheinisse.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

F. Kaspar (de Vienne). ***Le traitement individuel du goitre à l'aide des doses minimales d'iode*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 29, 17 Juillet 1924). — On sait les nombreux essais qui ont été entrepris récemment, tant en Suisse (Hunziker, Bayard, Klinger, etc.) qu'en Autriche (Wagner-Jauregg), pour assurer la prophylaxie du goitre à l'aide de doses minimales d'iode administrées d'une manière continue et prolongée. Il est intéressant d'étudier l'action thérapeutique que cette méthode permet d'obtenir sur les goitres constitués. C'est ce que K. s'est donné pour objet dans le présent travail, à la clinique de Hochenegg. Son expérimentation a porté sur 120 goitreux et s'est étendue sur les années 1923-1924. Les doses utilisées ont été en moyenne de 4/100e de milligramme par jour, soit environ 0 gr 001 de KI par mois. Chaque jour, à jeun, le malade prenait une cuillerée à café d'une solution de KI à 0 gr. 001 pour 150 cme d'eau. Au besoin, la dose était augmentée jusqu'à 0 gr. 004, et même, exceptionnellement, 0 gr. 008 par mois.

Les résultats obtenus sont très favorables. Après 0 gr. 001 répartis en 4 semaines, on voit déjà disparaître des goitres mous juvéniles, et le résultat peut être maintenu un an et plus par de simples cures analogues espacées tous les deux mois. Le succès s'observe même, comme K. en rapporte un exemple, chez des jeunes filles qui présentaient de petits signes d'hyperthyroïdisme. Pour faire rétrocéder les goitres parenchymateux des adultes, il faut généralement des doses un peu supérieures et plus prolongées : 0 gr. 002 à 0 gr. 006 de KI en l'espace de 4 à 8 semaines. Quelquefois même on peut faire disparaître des récidives post-opératoires dans des conditions analogues (2 cas personnels). Les goitres adénomateux ou colloïdes sont généralement rebelles. Il en est de même de quelques goitres mous juvéniles, mais ces derniers céderaient peut-être à un traitement prolongé. En tout cas, les très faibles doses d'iode administrées d'une manière continue paraissent bien supérieures aux doses plus importantes, mais discontinues, qui avaient été utilisées autrefois.

Les doses recommandées par K., inférieures encore à celles de Bayard et de Hunziker, sont absolument incapables de provoquer des accidents d'iodisme. Par contre, K. a vu des signes d'hyperthyroïdisme se manifester chez des jeunes filles qui avaient reçu successivement 0 gr. 002, puis 0 gr. 004 et enfin 0 gr. 009 de KI par mois. C'est dire que les tablettes d'iodostarine, à 0 gr. 005 d'iode, très vantées en Suisse, ne peuvent être considérées comme inoffensives : de même que Bircher, K. les a vues, chez deux jeunes filles, déclencher des accidents d'iodisme. J. Mouzon.

Wilhelm Schloss (de Vienne). ***Le mécanisme pathogénique de la tétanie par hyperventilation*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 29, 17 Juillet 1924). — On a décrit sous le nom de « tétanie respiratoire » ou de « tétanie d'hyperventilation » un syndrome tétaniforme qui apparait, chez certains sujets, à la suite de mouvements prolongés de respiration forcée. S'agit-il d'une prédisposition constitutionnelle chez des sujets bien portants ? ou bien est-ce un indice de tétanie latente ?

La pathogénie qui paraît, à première vue, la plus vraisemblable est la suivante. L'augmentation des mouvements respiratoires aboutit à une hyperoxémie, et, par suite, à une diminution du CO^2. Il en résulte une alcalose, qui rend insolubles les ions calciques dissociables, et qui prédispose à l'hypocalcémie. Mais, dans cette hypothèse, comment se ferait-il que les anesthésies chirurgicales qui utilisent l'hyperoxémie ne produisent jamais d'état tétaniforme ?

Aussi S. a-t-il institué des expériences, chez 11 malades récemment opérés, pour éclairer le mécanisme de ces phénomènes tétaniformes. Il recommandait à ses sujets, à titre préventif contre les complications pulmonaires post-opératoires, des mouvements respiratoires aussi profonds et aussi prolongés que possible ; chez 7 d entre eux, il vit survenir, soit des crises de tétanie typiques, soit des signes de tétanie latente (signe de Chvostek, signe de Trousseau). Or l'inhalation de quantités même considérables d'oxygène restait sans aucun effet chez ces malades.

Il semble donc bien que la tétanie d'hyperventilation soit liée à l'exagération des mouvements respiratoires. Sans doute faut-il faire intervenir, dans sa production, un fait mis en lumière par Fulden : la libération d'un excès d'acide phosphorique au cours de la contraction de certains muscles déterminés. Le travail exagéré des muscles respiratoires serait susceptible d'augmenter l'acide phosphorique du sang et de diminuer le calcium disponible.

Le travail de S. se termine par un index bibliographique de la question de la tétanie d'hyperventilation. J. Mouzon.

Hanns Pollitzer. ***La diminution du volume pulmonaire, symptôme de la maladie de Basedow*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 30, 24 Juillet 1924). — On constate parfois, dans la maladie de Basedow, que l'énergie et l'étendue du choc de la pointe, les dimensions de la matité cardiaque, donnent, cliniquement, l'impression d'un gros cœur, et cependant, si l'on procède à l'examen radioscopique, on constate que le cœur est petit. P. attribue ce fait à une rétraction des languettes pulmonaires qui s'interposent normalement au-devant du cœur : cette rétraction est liée à une diminution de volume des deux poumons; c'est le « volumen pulmonis diminutum », symptôme que P. a décrit en 1919, et qu'il a observé surtout dans le goitre exophtalmique, mais aussi dans la chlorose et chez les paludéens latents (au cours des crises palustres, le symptôme disparaît).

C'est surtout au niveau du bord droit du cœur qu'on peut apprécier la diminution de volume du poumon droit : normalement, par une percussion légère, on peut se rendre compte que le bord antérieur du poumon droit rejoint celui du poumon gauche au niveau de l'articulation du sternum et du 3e cartilage costal gauche, puis descend de là, verticalement, le long du bord gauche du sternum. Dans la maladie de Basedow, le bord antérieur du poumon droit descend au contraire obliquement, à partir de la 3e articulation chondro-sternale gauche, laissant en contact avec la paroi une surface du cœur plus étendue qu'à l'état normal. Une autre manifestation de la diminution du volume pulmonaire, c'est l'élévation de la matité hépatique à la base du thorax, en arrière, du côté droit : la matité lombaire remonte d'un travers de main plus haut du côté droit que du côté gauche chez les basedowiens.

Ce signe est important à connaître, puisqu'il pourrait donner le change pour une dilatation cardiaque, et en particulier pour une dilatation du cœur droit. Il vient s'ajouter aux autres signes respiratoires de la maladie de Basedow, et en particulier à la diminution de la ventilation pulmonaire (P. Marie, Bryson). Il traduit vraisemblablement un état de vaso-constriction de la circulation pulmonaire en rapport avec l'irritabilité sympathique. Cette vaso-constriction intervient sans doute, à l'état physiologique, dans la régulation de l'élimination respiratoire, de la vapeur d'eau. Elle peut être exagérée, à l'état pathologique, par l'intoxication basedowienne ou malarique, ou expérimentalement par certains poisons susceptibles de provoquer du shock, tels que la peptone ou l'histamine (Mautner et Pick). Elle peut aboutir, par l'hypertension pulmonaire qu'elle entraîne, à la dilatation vraie du cœur droit. J. Mouzon.

Arnold Kirch. ***Un cas d'atrophie aiguë du foie et de dermatite après injections de salvarsan*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 32, 7 Août 1924). — Une femme de 43 ans, sans antécédent hépatique, contracte la syphilis en Octobre 1922. En Mai 1923, plaques muqueuses papuleuses de la vulve. L'infection est traitée pour la première fois par 8 injections mercurielles, qui sont mal supportées. On commence alors, dans une consultation externe, un traitement de néosalvarsan, à des doses de 0,15 à 0,30, jusqu'à un total de 4 gr. 50. Aucun signe d'intolérance. A la fin de la cure, le Bordet-Wassermann est négatif. Quinze jours environ après la dernière injection, vers le 2 Août 1923, apparurent des malaises, des vomissements, de l'ictère. Le 8 Août, un médecin constata un érythème sur les mains et sur les bras, de l'hépato- et de la splénomégalie, une température à 38°, des urines riches en albumine et en pigments biliaires. Le 9 Août, la malade entra à l'hôpital. L'obnubilation psychique, la tachycardie, la fétidité de l'haleine donnaient déjà l'impression de l'ictère grave. Rapidement, on assista à la diminution du volume du foie, à la disparition de la splénomégalie, à la disparition du pigment biliaire dans les urines, qui restaient urobilinuriques, sans leucine ni tyrosine. La mort survint le 11 Août après une ascension thermique à 39°8. Les lésions macroscopiques et histologiques étaient celles de l'atrophie jaune aiguë du foie. L'organe pesait 856 gr. La dégénérescence des cellules paraissait progresser du centre du lobule vers sa périphérie.

K. discute le rôle de l'infection syphilitique ou celui du traitement arsenical dans ce cas d'atrophie jaune aiguë et même suraiguë du foie. Il est porté à incriminer l'association des deux facteurs, mais il accorde le rôle primordial à l'intoxication arsenicale. Aucun dosage d'arsenic n'a été pratiqué dans les organes. J. Mouzon.

B. Busson et N. Ogata. ***Existe-t-il des relations entre les idiosyncrasies de l'homme et l'anaphylaxie expérimentale des animaux?*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 34, 21 Août 1924). — Cette question reste très controversée. Sans doute il y a des différences : il est des idiosyncrasies pour lesquelles on peut affirmer qu'il n'y a pas eu sensibilisation par un antigène, et, d'autre part, la transmission passive d'une idiosyncrasie ne se réalise pas comme celle de l'anaphylaxie. Cependant de nombreux arguments plaident en faveur de l'homologie entre l'idiosyncrasie et l'anaphylaxie. Ainsi on a pu observer la transmission passive, à la suite de la transfusion sanguine, de la sensibilisation d'un asthmatique à l'égard des produits équins : le transfusé présentait des crises d'asthme au voisinage des chevaux et était sensible aux injections les plus diluées (1/20.000) de squames de chevaux. De plus, assez fréquemment, les idiosyncrasies humaines sont susceptibles de désensibilisation, par les procédés habituels de l'antianaphylaxie expérimentale. Inversement, on a vu des animaux présenter des réactions idiosyncrasiques à l'égard de primo-injections sériques. Enfin, on peut réaliser chez le cobaye des états de sensibilisation anaphylactique à l'égard des produits issus du cheval, qui rappellent les asthmes d'origine équine. Ces dernières expériences ont été réalisées par B. et O. Ces auteurs ont utilisé une émulsion de squames de cheval, soit en injections, soit en inhalations. Ils ont fait les constatations suivantes :

1° Un cobaye, qui a reçu 1 cmc de l'émulsion le 23 Novembre, en injection sous-cutanée, en reçoit 1 cmc par voie intraveineuse, le 16 Décembre. Mort immédiate avec distension du poumon. Un témoin, non préparé, reçoit 2 cmc de la même émulsion, par la même voie, sans présenter aucun symptôme.

2° Si des cobayes, préparés comme le précédent, sont soumis, en compagnie de témoins, à l'inhalation de la même émulsion, la plupart d'entre eux peuvent présenter des accidents typiques d'anaphylaxie, avec distension pulmonaire. Ce résultat n'est obtenu, en général, qu'après des séances répétées et prolongées d'inhalations. Mais aucun des cobayes ainsi traités ne se trouve désensibilisé. L'injection intraveineuse le tue toujours d'une manière immédiate.

3° Quatre cobayes non préparés par injection sous-cutanée, mais soumis aux inhalations répétées de l'émulsion (14 inhalations), sont soumis à l'injection intraveineuse, de même que 4 cobayes neufs et un cobaye préparé par voie sous-cutanée. Le cobaye préparé meurt. Les cobayes neufs ne présentent qu'une légère élévation thermique transitoire. Les cobayes soumis aux inhalations préalables font des chutes de température plus ou moins importantes, témoignant de leur état de shock : les inhalations les ont sensibilisés. J. Mouzon.

Friedrich E. Lowy. ***Pseudo-coliques hépatiques dans les cirrhoses et dans l'atrophie subaiguë du foie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, nos 34 et 35, 21 et 28 Août 1924). — On est parfois trop enclin à voir dans tout syndrome de colique hépatique une indication à la cholécystectomie. Il faut compter non seulement avec les cholécystites et avec les angiocholécystites pures, sans lithiase, mais encore avec les syndromes douloureux qui peuvent survenir au cours des cirrhoses (Naunyn, Eppinger, Haberland) ou de l'atrophie aiguë du foie (Pel, Ortner, Umber, Schrader, E. Fraenkel, Jacobson). Or l'intervention exploratrice, dans ce cas, peut être néfaste. L. rapporte deux exemples qui le prouvent.

La première observation est celle d'un valet de chambre de 26 ans, alcoolique, syphilitique, qui avait fait un premier séjour à l'hôpital, du mois de Mai au 14 Août 1923, pour cirrhose avec gros foie, grosse rate, ictère et un peu d'ascite. Le 3 Septembre ce malade revint parce que, 15 jours auparavant, il avait été pris brusquement de crises douloureuses épigastriques, qui n'avaient pas de rapport fixe avec les repas. L'examen radioscopique montrait un antre pylorique élevé vers la droite, ce qui donnait à penser qu'il existait des adhérences vésiculaires. Le 12 Septembre, le malade accusa une douleur épigastrique subite, qui augmentait peu à peu, et qui présentait nettement le caractère rémittent de coliques de migration : le malade se tordait sur son lit et poussait des cris de temps en temps. Il y avait de la fièvre, des vomissements, de la défense abdominale. Le facies s'altérait et faisait redouter une perforation vésiculaire. Le soir même du 12 Septembre, à 10 heures, on pratiqua l'intervention exploratrice par incision médiane. On ne découvrit ni calcul, ni perforation, ni iléus. Le péritoine contenait seulement de la sérosité hémorragique. Le lendemain, à 1 heure après midi, le malade mourait. A l'autopsie, les lésions étaient celles d'une cirrhose avec lésions étendues de dégénérescence des cellules hépatiques.

Le second cas concerne une femme de 45 ans, alcoolique, qui fut prise, en Janvier 1922, de fièvre, de toux, de courbature. 15 jours plus tard survinrent des crises douloureuses dans la région vésiculaire, fréquemment nocturnes, sans influence des repas ni de l'attitude du corps, avec irradiations à droite et vers la région dorsale. Au bout de quelques jours, un ictère progressif s'installa. On constate un ictère intense, avec bilirubinurie, foie ferme accessible sous le rebord costal, rate normale, état subfébrile. Wassermann positif. Les crises douloureuses se répètent, on pense à un calcul biliaire, et on intervient le 1er Avril. On trouve de l'ascite. On enlève une vésicule qui paraît normale et on fait un drainage de l'hépatique. La malade meurt le 3 Avril en ictère grave. L'autopsie montre les lésions de l'atrophie subaiguë du foie.

Comment s'expliquent les douleurs à type de coliques hépatiques dans ces cas ? Il ne s'agit pas d'angiocholite infectieuse surajoutée, comme l'avait pensé Naunyn, car les lésions de l'angiocholite font défaut. Il est probable qu'il s'agit plutôt d'une action toxique, qui s'exerce sur les rameaux vago-sympathiques des espaces portes. N'observe-t-on pas également le caractère rémittent de coliques dans les douleurs hépatiques de l'empoisonnement phosphoré,

dans les douleurs abdominales de l'intoxication saturnine ?

En tout cas, l'existence de signes de cirrhose ou d'atrophie hépatique chez un malade atteint de coliques hépatiques est une contre-indication à l'opération (malgré l'existence de cas comme celui de Umber, qui s'est terminé par la guérison). S'il y a parfois lieu d'intervenir, ce sera plutôt pour pratiquer la splénectomie. Il en est ainsi, en particulier, pour les coliques hépatiques qui accompagnent les ictères hémolytiques. J. Mouzon.

Georg Stiefler (de Linz). ***Nouvelles observations sur la contagiosité de l'encéphalite léthargique.*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tomme XXXVII, nos 34 et 35, 21 et 28 Août 1924). — Voici les 4 faits observés par S.

Un officier de 50 ans commence une encéphalite avec troubles oculaires, algies, somnolence, le 20 Janvier 1922. Au bout de quelques mois se développe un syndrome parkinsonien. Son fils âgé de 16 ans, qui avait une chambre à coucher commune avec lui, présente le 26 Janvier, soit 6 jours après le père, des symptômes d'invasion analogues. Après disparition des phénomènes aigus, il persiste des troubles graves du caractère.

Un employé de 46 ans contracte une encéphalite à forme léthargique en Février 1920; puis il présente un léger degré de parkinsonisme. Le 26 Décembre 1922, reviviscence de la maladie, avec fièvre, recrudescence de rigidité, diplopie, troubles de déglutition, salivation extrême, délire et mort le 10 Janvier 1923. Un pupille du malade, âgé de 18 ans, l'entourait de soins, en particulier lors de sa dernière poussée; il lui donnait à manger, et il allait jusqu'à se servir de son propre mouchoir pour le moucher et pour essuyer la salive qui s'écoulait de ses lèvres. Il se servait ensuite de ce même mouchoir pour son usage personnel. Au milieu de Janvier 1923, ce jeune homme tomba malade à son tour: il fit une forme oculo-léthargique, qui laissa au bout de 3 semaines, comme seul symptôme permanent, un syndrome oculo-sympathique.

Un garçon de ferme de 18 ans présente, à la suite d'une encéphalite datant de Février 1920, un syndrome parkinsonien. Le père du malade raconte que 2 autres enfants ont été malades à peu près au même moment et ont dû garder le lit. D'autre part, une jeune fille de 20 ans, qui habite la maison voisine, et que le garçon de ferme voyait souvent, a fait une encéphalite quelques semaines après le jeune homme, et elle présente actuellement un syndrome strié manifeste.

Un employé de 38 ans fait, en Janvier 1921, une encéphalite léthargique suivie de parkinsonisme. La fille unique, âgée de 10 ans, a une gouvernante de 32 ans, qui commence également une encéphalite en Mars suivant. La gouvernante présente ensuite un syndrome strié.

Actuellement, L. a 12 observations personnelles de contagiosité directe ou indirecte. Cela représente 4,2 pour 100 des cas d'encéphalite dont il a été témoin. L. croit au rôle important des porteurs de germes sains et à la nécessité des mesures prophylactiques (isolement, désinfection de la cavité nasopharyngée, précautions dans la manipulation du linge des encéphalitiques). J. Mouzon.

Hans Abels. ***Arrêts de développement chez un nouveau-né sous l'influence des rayons X appliqués pendant la période fœtale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 36, 4 Septembre 1924). — Une femme de 34 ans, de constitution débile, qui avait eu déjà 3 grossesses normales, souffrait de métrorragies depuis plusieurs mois. Du 8 au 10 Août, puis du 8 au 10 Septembre, elle a 2 périodes menstruelles bien caractérisées, malgré des pertes rouges dans l'intervalle. Cependant elle a l'impression nette qu'elle est enceinte. Un « médecin de caisse » attribue les pertes à un myome utérin, et adresse cette femme au radiologue, qui pratique, les 24, 25 et 26 Septembre 1923, 3 irradiations de 30 à 45 minutes chacune, avec un champ abdominal et un sacré, ampoules Coolidge, 30 cm. de distance du foyer, à la dose de 8 doses d'érythème filtrées par 0,5 de cuivre. La grossesse se poursuit dès lors dans des conditions à peu près normales.

Le 11 Avril l'accouchement a lieu : l'enfant ne se présente pas comme un prématuré, mais il est peu développé : il mesure 41 cm. 5, pèse 1 950 gr., a un crâne déformé rappelant celui des microcéphales, un peu de rigidité des membres inférieurs, et une microphtalmie bilatérale, avec microcornée, occlusion permanente des paupières, étroitesse extrême de la fente palpébrale. D'autre part la radiographie montre l'existence d'épaississements périostés sur la plupart des os longs. La réaction de Bordet-Wassermann est négative chez la mère comme chez l'enfant. Le développement se fait dans des conditions relativement satisfaisantes lors des semaines suivantes.

A. ne retrouve à rapprocher de son cas, dans la littérature de langue allemande, qu'une observation d'Aschenheim (garçon de 3 ans 1/2 atteint de microcéphalie, microphtalmie, amblyopie et syndrome de Little; sa mère a été soumise à la radiothérapie au début de la grossesse, pour myome utérin), et une de Werner, moins caractéristique. Ces faits sont à rapprocher des résultats obtenus expérimentalement chez les lapines (avortements; cataractes chez les survivants, quelquefois microphtalmie ou coloboma. Hippel et Pagenstecher), chez les axolotls (graves lésions du cerveau, de la moelle et de la rétine, Schmidt, Lewy) ou chez les poulets (arrêts de développement du système nerveux central et de l'appareil oculaire, Colwell, Gladstone et Wakeley). J. Mouzon.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Bates Block et Oppenheimer. ***Etude comparée de la pression intraspinale, de la pression sanguine et de la tension intraoculaire*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 4, Avril 1924). — Cette étude, entreprise dans le but de déterminer s'il existe une relation entre les pressions sanguines, céphalo-rachidienne et oculaire, a porté sur 100 cas; la tension artérielle et la tension oculaire ont été mesurées dans le décubitus dorsal, la pression du liquide céphalo-rachidien dans le décubitus latéral gauche. Il n'existe pas de parallélisme entre le taux des 3 différentes tensions; par contre, dans certaines conditions, elles ont tendance à s'élever ou à s'abaisser de concert. En règle générale, une pression élevée dans un des 3 appareils est associée à une pression élevée des 2 autres; la même observation est faite dans le cas de tension basse. Mais dans d'autres cas, des conditions locales occasionnent une élévation d'un seul type de pression; c'est ainsi que dans le glaucome, la tension oculaire est élevée sans modification de la tension artérielle ou rachidienne; dans une fracture du crâne, la tension rachidienne est haute ainsi que la tension oculaire, mais la tension sanguine est basse, par shock sans doute. La pression a été mesurée à nouveau dans 75 cas après une deuxième soustraction de liquide céphalo-rachidien; la tension artérielle s'abaissait légèrement, la tension spinale notablement, la tension oculaire s'est un peu accrue; les différences étaient notables suivant la quantité retirée. Dans l'hypertension, l'artériosclérose, si la pression artérielle était élevée, la pression spinale était au-dessus de la normale ainsi que la pression oculaire. Dans la grossesse, la pression artérielle était un peu abaissée, la pression oculaire normale, la pression rachidienne légèrement abaissée.

Alajouanine.

Alpers, Campbell et Prentiss. ***Le sucre céphalo-rachidien*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 6, Juin 1924). — Deschamps et Bussy en 1852 ont les premiers essayé de préciser la nature des substances réductrices dans le liquide céphalo-rachidien, mais c'est vraiment depuis Economo en 1917, avec son étude de la glycorachie dans l'encéphalite épidémique, que la détermination du sucre céphalo-rachidien a pris valeur clinique. Les auteurs ont fait porter leur présente étude sur 421 exemplaires de liquides appartenant à un certain nombre de cas anormaux et pour la plupart à des affections nerveuses ou mentales. Ils ont employé une modification de la méthode de Bendiek-Osterberg dans l'urine (acide picrique, solution chlorurée sodique et acétone diluée). Elle a été contrôlée dans chaque cas par la méthode de Folin-Wu.

Les liquides céphalo-rachidiens types ont été prélevés sur 15 sujets semblant normaux. Le taux normal a été trouvé de 50 à 60 milligr. par 100 cmc. Dans l'encéphalite épidémique, l'hyperglycorachie est généralement constante. Dans 35 cas étudiés, le taux moyen était de 84,5 milligr. pour 100 cmc; le test n'est pas pathognomonique, mais de valeur diagnostique indubitable; d'autres affections peuvent, en effet, donner de l'hyperglycorachie. Dans la paralysie générale, le sucre n'est généralement pas augmenté; la moyenne est 65 milligr. Quelques cas cependant montraient un taux aussi élevé que dans l'encéphalite épidémique. Dans la paralysie générale traitée, le taux moyen est beaucoup plus bas, 55,4 milligr. L'étude de 21 cas de démence précoce a montré une moyenne de 80 milligr. Dans un cas, le taux atteignait 123 milligr. Pour être moins constante que dans l'encéphalite, l'hyperglycorachie dans la démence précoce a donc une réelle valeur diagnostique; dans la psychose maniaque dépressive, le taux du sucre est, en effet, normal. Dans le diabète sucré, bien entendu, il existe des hyperglycorachies importantes (189 milligr. dans un cas). En somme, plus d'une affection peut donner une augmentation du sucre liquidien aussi élevée que dans l'encéphalite épidémique, mais jamais avec la même constance. Alajouanine.

Douglas Thoms. ***Les relations entre les convulsions infantiles et les affections convulsives chroniques de l'âge adulte*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XI, n° 6, Juin 1924). — L'attitude habituelle du médecin et même du pédiatre, à l'égard des convulsions infantiles, est de les considérer d'ordinaire comme de peu de signification, parfois de ne leur accorder d'autre signification que d'avoir traduit une hyperthermie. T. a réuni une statistique portant sur 3 grands hôpitaux, l'un d'épileptiques, l'autre de médecine générale, le troisième d'enfants, et a cherché les rapports entre les convulsions du jeune âge et le développement ultérieur d'affections convulsives chroniques. Sur 300 épileptiques avec histoire antérieure digne de considération, 150 avaient présenté leur première attaque convulsive avant l'âge de 4 ans. 111 de ces malades n'avaient pas eu de convulsions dues à une affection cérébrale aiguë ou chronique (telles qu'encéphalites, méningites) ou à un traumatisme obstétrical. Les convulsions avaient été observées au cours d'affections gastro-intestinales, d'affections aiguës, de spasmophilie, de rachitisme; enfin 11 cas ne présentaient aucune autre affection apparente. Ces cas ont été divisés en deux groupes; l'un, dit des convulsions malignes, est celui des convulsions ayant persisté et ayant entraîné de l'affaiblissement intellectuel; l'autre, des convulsions bénignes. Sur 42 cas associés à une affection gastro-intestinale, 24 appartiennent au groupe des convulsions avec troubles mentaux. Sur les 29 cas où l'on fit le diagnostic de spasmophilie, 6 seulement appartiennent au groupe des convulsions malignes. Il semblerait donc que les systèmes nerveux qui réagissent par des convulsions aux toxémies légères des affections gastro-intestinales soient les plus fragiles. Alajouanine.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Rosen, Muller et Myers. ***Etudes sur la crise nitritoïde après les injections intraveineuses des arsenicaux*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome X, n° 3, Septembre 1924). — Les auteurs ont fait des recherches hématologiques chez 40 malades qui avaient reçu des injections de novarsénobenzol. Ils ont constaté que l'injection intraveineuse est toujours suivie d'une diminution du nombre des leucocytes. Par exemple, un malade, qui avait avant l'injection 12.800 leucocytes, n'en n'avait plus que 3.200 une demi-minute après l'injection, 4.800 3 minutes après, 7.200 10 minutes après, 6.800 au bout de 20 minutes et 8.200 au bout de 30 minutes. Par contre, si on fait une injection sous-cutanée d'adrénaline avant l'injection, la chute leucocytaire ne se produit pas.

Cette diminution du nombre des globules blancs dans les vaisseaux périphériques accompagne toujours les troubles angio-neurotiques qu'on observe parfois après les injections arsenobenzoliques; or l'injection préventive d'adrénaline prévient ou diminue les crises nitritoïdes.

Cette chute leucocytaire est sous la dépendance du système nerveux autonome et du système parasympathique; les réactions consécutives à l'injection d'arsénobenzol semblent donc en rapport avec un trouble du système nerveux autonome. Mais il est encore difficile de préciser si cette hypersensibilité du système nerveux autonome est due à un facteur constitutionnel ou si elle résulte d'une altération de ce système par l'infection syphilitique.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

L. Gallavardin. ***L'angine de poitrine d'effort : étude clinique et étiologique*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome V, n° 113, 20 Septembre 1924). — Parmi les syndromes d'effort, à côté de la dyspnée d'effort et des palpitations d'effort, se place l'angor d'effort, vraisemblablement attribuable à un trouble de l'irrigation coronarienne.

Syndrome purement subjectif, cet angor d'effort peut évoluer sur un cœur en apparence normal. Il peut aussi coexister avec d'autres affections cardiaques (cardio-aortite spécifique, hypertrophie cardiaque avec ou sans hypertension artérielle, plus rarement gros cœur arythmique, etc.), ou se compliquer d'altérations ventriculaires d'origine ischémique (infarctus ou sclérose myocardiques); la dyspnée et l'insuffisance cardiaque peuvent alors doubler le syndrome angineux ou se substituer à lui. Son évolution, parfois très écourtée, d'autres fois très prolongée, peut être entrecoupée de rémissions.

A peu près inconnu au-dessous de 30 ans, rare au-dessous de 40 ans, l'angor d'effort atteint son maximum de fréquence entre 40 et 60 ans; il est beaucoup plus commun chez l'homme que chez la femme et s'observe dans la clientèle de ville de préférence à celle d'hôpital. La syphilis en est une cause très importante et doit toujours être recherchée avec soin; mais elle est loin d'être la seule incriminable et l'on n'est pas autorisé, sans examen ou discussion, à imposer un traitement spécifique à tout angineux.

L. Rivet.

A. Dumas. ***Insuffisance circulatoire et crises hypotensives*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome V, n° 113, 20 Septembre 1924). — L'aboutissant ultime des troubles cardiaques aussi bien que des lésions vasculaires consiste dans un déficit de l'activité circulatoire sanguine. Cette insuffisance circulatoire peut être locale, n'intéressant qu'un organe ou qu'une région de l'organisme quand ce sont les vaisseaux qui sont en cause, elle est générale et intéresse la circulation tout entière quand c'est le cœur qui la commande. C'est de cette dernière seule que D. s'occupe dans ce travail.

L'insuffisance circulatoire se traduit par l'hypotension et l'hypopulsatilité, ses paroxysmes constituent la crise hypotensive. Les premiers accidents qui résultent de ce déficit circulatoire sont des troubles cérébraux, le cerveau étant le réactif le plus sensible à l'insuffisance d'irrigation.

Quand l'arrêt circulatoire est brusque et passager, on observe toute la gamme des accidents d'abord lipothymiques, puis syncopaux, puis épileptiformes dont les pauses ventriculaires de la maladie d'Adams-Stokes constituent une démonstration pour ainsi dire expérimentale, l'intensité des accidents étant dans cette maladie en relation rigoureuse avec la durée de la pause. D. montre que de tels accidents peuvent se rencontrer ailleurs que dans la maladie d'Adams-Stokes, notamment dans certaines formes d'insuffisance ventriculaire gauche, ou plus exactement au cours d'abaissements tensionnels brusques chez les hypertendus.

Quand le déficit circulatoire, au lieu d'être brusque et passager, est lié à une réduction permanente de l'activité circulatoire, les symptômes observés consistent dans de l'obnubilation, des bourdonnements, éblouissements, vertiges, de la psychasthénie, constituant dans leur ensemble le syndrome dit dépressif ou d'hypotension. On peut rencontrer ce syndrome dans les conditions les plus diverses : cachexies, anémies, insuffisance surrénale, etc. L'auteur en rapporte des exemples recueillis au cours de cardiopathies orificielles chroniques. L. Rivet.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

(*Paris*)

A Dubus (de Lille). ***Etude clinique et expérimentale de quelques propriétés pathologiques du chloroforme et de l'éther employés comme anesthésiques : mécanisme de l'action toxique sur le foie en particulier*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, tome XXII, n° 2, 1924). — Dans un premier mémoire, D. expose la technique de ses recherches, et, dans le second, les résultats qu'il a obtenus, chez 10 sujets adultes, dont 8 soumis à l'anesthésie chloroformique et 2 éthérisés, et dont il relate les observations avec d'intéressants graphiques.

Chez l'homme sain soumis à l'anesthésie chloroformique, on observe dès les premiers jours l'apparition d'une azoturie d'origine évidemment toxique, portant sur l'ensemble des éléments azotés. A ce moment, l'autophagie est évidente et l'azote excrété est de beaucoup supérieur à l'azote ingéré. A cette élimination massive, succède un abaissement progressif du taux global de l'urée, atteignant un minimum 4 à 6 jours après l'anesthésie. Le taux de l'ammoniaque, légèrement élevé dès les premières heures, atteint en même temps des valeurs considérables. Les variations des coefficients urologiques montrent la liaison de ces phénomènes. L'acidité urinaire fait place au moment de la plus forte élimination d'ammoniaque à une alcalinité de plus en plus marquée. L'acétonurie est constante et persiste souvent encore 9 jours après l'anesthésie. La reprise de l'alimentation carnée provoque une azoturie et une ammoniurie souvent très marquées. L'ensemble de ces caractères, appréciables en l'absence de toute manifestation clinique, constitue un syndrome urinaire d'insuffisance hépatique. Il témoigne en particulier d'un déficit de la fonction uréogénique.

Chez le sujet porteur d'une tare hépatique, ces phénomènes se montrent considérablement exagérés. L'ammoniurie constitue toujours le phénomène le plus apparent. L'élimination des divers corps azotés peut présenter un rythme oscillant, caractère généralement attribuable à l'insuffisance hépatique.

Chez le sujet atteint d'une tare rénale, les signes urinaires précédents sont très marqués, moins toutefois que chez l'hépatique. La chloroformisation semble parfois accentuer légèrement l'albuminurie et entraver l'élimination du bleu. Dans d'autres cas, elle n'entraîne pas d'aggravation apparente des symptômes rénaux.

L'éther se montre moins toxique que le chloroforme pour la cellule hépatique, il doit donc lui être préféré pour l'anesthésie des sujets hépatiques avérés ou latents. On conçoit dès lors l'intérêt de l'étude du fonctionnement hépatique avant les opérations, la nécessité de préparer les sujets par un régime approprié, de réduire au minimum la durée de l'anesthésie et de maintenir le sujet, durant quelque temps après l'anesthésie, à un régime alimentaire aussi peu toxique que possible pour la cellule hépatique, les troubles hépatiques présentant leur maximum quelques jours seulement après l'anesthésie. Mais toutes ces précautions ne donnent pas une garantie formelle, et il est désirable de voir abandonner dans la plus large mesure les substances toxiques au profit d'autres modes d'anesthésie moins nocifs.

L. Rivet.

Ch. Zœller (du Val-de-Grâce). ***Les milieux de culture « vaccinés »*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, tome XXII, n° 2, 1924). — Le terme de milieu vacciné, c'est-à-dire devenu réfractaire à la culture, n'est qu'une image, rappelant ce qui se passe chez l'être vivant immunisé par une infection : un milieu inerte en effet est incapable de réaction à l'égard d'un agent pathogène, il ne se vaccine pas.

On peut obtenir des milieux vaccinés liquides par la chaleur, la filtration, la centrifugation; c'est à ce dernier procédé que Z. donne la préférence. Pour les milieux solides, on connaît les nombreuses recherches faites sur milieux grattés. Pour l'étude des milieux vaccinés, les milieux liquides sont préférables, parce qu'ils sont vaccinés de façon homogène.

Z. approfondit le phénomène dit de vaccination. La spécificité du phénomène ne paraît pas rigoureuse. D'une façon générale, l'état réfractaire acquis par les milieux de culture ne concerne pas uniquement le germe qui a cultivé, il peut exister vis-à-vis d'autres germes; il peut être plus accentué vis-à-vis de ces autres germes que vis-à-vis du premier. Z. rappelle les nombreux travaux tendant à utiliser ces milieux pour l'identification de germes (coli-Eberth, streptocoque, etc.).

Plusieurs explications du phénomène de la vaccination des milieux ont été mises en avant : épuisement du milieu par une première culture, ou production de substances empêchantes, que Z. a tenté de mettre en évidence dans diverses expériences, antivirus de Besredka, kolysines de Regard.

Les expériences de Besredka ont mis en évidence à propos du staphylocoque et du streptocoque des faits intéressants. Un bouillon de culture dit vacciné est aussi vaccinant. Il l'est surtout, et très rapidement, lorsqu'il est employé en injections intracutanées ou en application locale sur la peau. Ces injections ou ces applications créent en 24 heures l'état réfractaire par un processus d'immunisation locale. Z. rappelle sur ce sujet les recherches de Rivalier, Mlle Bass, Regard.

La question des milieux vaccinés touche à bien des questions de microbiologie générale, à celle de la concurrence microbienne par exemple. Ces faits seraient à revoir à la lumière d'un phénomène nouvellement découvert, le phénomène de d'Hérelle ou de la lyse transmissible. L. Rivet.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(*Paris*)

Jeanselme et Burnier. ***L'emploi de la tuberculine en dermatologie*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome V, n° 8-9, Août-Septembre 1924). — Après avoir fait l'historique de la question, les auteurs étudient l'emploi actuel de la tuberculine en dermatologie comme moyen de diagnostic et de traitement.

Au point de vue du diagnostic, un certain nombre de méthodes : ophtalmo-réaction, intradermo-réaction, sous-cuti, dermo-réaction (Moro) sont peu employées. On utilise surtout la cuti-réaction avec une goutte de tuberculine brute.

Cette cuti entraîne parfois des phénomènes généraux et souvent des réactions locales plus ou moins intenses, papulo-vésicule, parfois même ulcération escarrotique. On peut aussi observer des réactions focales, c'est-à-dire des réactions électives à distance sur les foyers tuberculeux.

Au point de vue thérapeutique, de nombreux auteurs emploient l'injection intradermique d'une goutte d'une solution diluée de tuberculine mère de l'Institut Pasteur; les dilutions varient du 10.000e au 500e. On a eu également recours au vaccin de Jonsset 21.

A l'étranger, on emploie les diverses méthodes de Moro, de Poundorf et de Strassberg.

Les auteurs se sont adressés depuis 6 ans aux injections sous-cutanées de tuberculine C. L. d'un emploi très commode, car les dilutions injectables, rigoureusement titrées, sont préparées à l'avance. On commence par injecter 1 millième de milligr. et on arrive progressivement à injecter une dose d'un milligramme 1 ou 2 fois par semaine.

Les auteurs ont ainsi traité des gommes tuberculeuses, et surtout des tuberculides (œdème strumeux, érythème induré, tuberculides papulo-nécrotiques, engelures ulcérées, acnitis) avec des résultats habituellement favorables.

Sans doute cette méthode peut donner des échecs; elle peut provoquer des réactions générales ou locales un peu vives. De plus la guérison n'est pas toujours définitive et il n'est pas rare de constater une récidive au commencement de l'hiver suivant.

R. Burnier.

Ravaut, Boulin et Rabeau. ***Etude sur la « poro-adéno-lymphite » ou lymphogranulomatose inguinale subaiguë de Nicolas et Favre*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome V, n° 8-9, Août-Septembre 1924). — Dans ce travail très documenté et illustré de belles planches, les auteurs confirment les recherches antérieures de Nicolas et de ses élèves.

Il existe au niveau des aines des adénopathies spéciales, à porte d'entrée génitale, à évolution subaiguë, suppurant et se fistulant presque toujours.

Mais cette affection dépasse fréquemment la limite des ganglions inguinaux et revêt, par les phénomènes fébriles qui l'accompagnent, l'extension à d'autres ganglions, les poussées successives, les rechutes

éloignées, l'augmentation fréquente de volume de la rate et du foie, les modifications de la formule sanguine (augmentation de nombre des moyens et grands mononucléaires), etc., l'allure d'une véritable maladie générale, étendue à tout le système lymphopoïétique. Elle affecte des formes d'intensités diverses, malgré sa chronicité.

En outre il ne s'agit pas d'une infection uniquement limitée aux ganglions de l'aine, et certaines adénopathies cervicales, trop facilement étiquetées tuberculeuses ou scrofuleuses, pourraient appartenir à ce groupe.

Toutes les recherches étiologiques ont échoué jusqu'ici et aucun microbe connu n'a pu être décelé. La réaction de Wassermann peut être passagèrement positive.

Le diagnostic se pose avec les adénopathies chancrelleuses, syphilitiques, tuberculeuses, pesteuses, leucémiques, dont la poroadénolymphyte se sépare nettement; certaines tumeurs malignes ganglionnaires de la région inguinale peuvent prêter à confusion.

Au point de vue thérapeutique, le mercure, l'arsenic, l'iodure de potassium, le fer n'ont donné aucun résultat. L'ablation chirurgicale est parfois le procédé le plus rapide; mais l'opération est délicate et entraîne souvent de grands délabrements. La radiothérapie ou les rayons ultra-violets donnent de bons résultats.

Les auteurs préconisent surtout les injections intraveineuses, puis l'ingestion de liqueur iodo-iodurée (iode métallique 1 gr., iodure de potassium 2 gr, eau distillée 100 gr.). Ils ajoutent à cette médication les injections de chlorhydrate d'émétine, Ravaut ayant pu mettre en évidence des formes amibiennes dans la sérosité qui s'écoulait d'une fistule inguinale. L'émétine se prescrit à la dose de 6 à 8 centigr. par jour jusqu'à une dose totale de 1 gr.

Les auteurs associent l'iode et l'émétine, soit par séries successives de 8 jours, soit en les intercalant 1 jour sur 2. R. Burnier.

J. May (de Montevideo). ***La réaction locale de Bordet-Wassermann sur la sérosité des chancres au point de vue de la clinique*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome V, n° 8-9, Août-Septembre 1924). — Les recherches de Prunell, de Klauder et Kolmer ont montré qu'on pouvait obtenir une réaction de Wassermann positive locale au niveau de la sérosité du chancre, avant que la séroréaction soit positive dans le sang. Il semble donc qu'à un certain moment, la lutte de l'organisme envers le tréponème puisse être localisée en un point déterminé, telle que le chancre avec formation d'anticorps, et sans qu'elle ne se traduise encore ni par des signes de généralisation clinique, ni sérologique.

M. rapporte une nouvelle série d'observations portant sur 107 cas.

Sur 25 chancres où l'on trouva des tréponèmes à l'ultra-microscope, 23 ont eu une réaction locale positive et 2 une partielle. La réaction avec le sérum sanguin fut 15 fois négative, 2 fois positive partielle et 6 fois positive totale.

Sur 18 autres cas où l'ultra a été trouvé négatif, 6 ont une réaction locale positive totale, 12 une positive partielle, avec réaction sérique négative.

M. conclut que la séro-réaction locale peut être utilisée comme moyen de diagnostic au début de la syphilis. Une réaction positive, même si les autres recherches sont négatives, autorise à faire le traitement abortif. Mais une réaction locale négative avec recherche du tréponème négative n'écarte pas d'une manière absolue le diagnostic de syphilis.

Cette réaction locale peut être positive quelques jours avant d'être positive dans le sérum sanguin.

R. Burnier.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION

(Paris)

A. Cade et P. Ravault (de Lyon). ***Des rapports de l'ulcus gastro-duodénal avec la tuberculose*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, tome XIV, n° 7, Juillet 1924). — De leur statistique personnelle et des constatations faites antérieurement, C. et R. concluent qu'il existe un nombre important d'ulcères ronds, à symptômes classiques, que l'observation clinique permet de rapporter à une origine tuberculeuse.

Ces lésions d'origine bacillémique ou toxémique n'ont qu'exceptionnellement la signature histologique des processus tuberculeux. Mais ce fait s'explique aisément par les modalités diverses et souvent atypiques des lésions dues au bacille de Koch.

L'ulcère rond tuberculeux qui s'éloigne par ses caractères cliniques de la tuberculose gastrique ulcéreuse s'en rapproche jusqu'à un certain point par ses lésions et surtout sa pathogénie et lui est relié par de nombreux faits de transition.

L. Rivet.

G. Faroy. ***Trois cas de linite plastique : le rôle de la syphilis dans la pathogénie de cette affection*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, tome XIV, n° 7, Juillet 1924). — F. relate trois observations de linite avec autopsie et examens histologiques. Dans deux des cas, il y avait coexistence d'une syphilis avérée. La nature cancéreuse des lésions dans les trois cas est indubitable Dans l'un des cas, l'examen histologique montre des formes de transition entre la linite et le squirrhe et l'on peut se demander si la linite ne passe pas par un stade de cancer squirrheux plus ou moins typique, avant d'arriver au stade histologique qui la caractérise. F. étudie les métastases. Dans deux cas le foie était scléreux, atteint d'une cirrhose totale, diffuse, mais très fine, péri-cellulaire et rappelant la cirrhose pénicillée du foie hérédo-syphilitique. Il existait également des lésions artérielles du type syphilitique. Enfin, la rétro-péritonite calleuse peut, dans une certaine mesure, être rapprochée de la médiastinite syphilitique. Étant donné la facilité de la syphilis à faire partout du tissu scléreux, F. tend à admettre que, dans un grand nombre de cas, la syphilis doit être la cause qui donne naissance aux caractères si spéciaux du cancer à forme de linite. Aussi la syphilis doit-elle être recherchée avec soin chez tous les malades atteints de linite.

L. Rivet.

LE NOURRISSON

(Paris)

A.-B. Marfan (de Paris). ***La tuberculose des enfants du premier âge*** (*Le Nourrisson*, tome XII, n° 5, Septembre 1924). — Au-dessous d'un an, il est assez rare que la tuberculose reste limitée aux ganglions trachéo-bronchiques et qu'elle y guérisse sur place. Habituellement les bacilles gagnent les vaisseaux sanguins et par ceux-ci se répandent dans tout l'organisme ou se localisent en tel ou tel point. Cette pénétration dans les vaisseaux semble s'effectuer par décharges transitoires, car chez le nourrisson comme aux autres périodes de la vie, il est exceptionnel qu'on puisse démontrer la présence dans le sang du bacille de la tuberculose.

Lorsque la généralisation est discrète, elle se manifeste par une cachexie lente et progressive à laquelle convient le nom de *granulie chronique*. Cette forme s'observe surtout au-dessous d'un an; elle devient de plus en plus rare après deux ans. Le début en est ordinairement insidieux: état subfébrile, anémie, amaigrissement, bronchite légère à répétition, parfois broncho-pneumonie d'apparence commune, mais à convalescence traînante. Après cette phase initiale les symptômes cachectiques se manifestent peu à peu.

Cette granulie chronique a le plus souvent une évolution presque apyrétique entrecoupée d'accès fébriles transitoires. Elle peut s'arrêter et se terminer par une guérison clinique, mais habituellement elle aboutit à la mort.

Dans la *granulie aiguë*, la tuberculose est non seulement généralisée, mais *confluente*. Les granulations tuberculeuses atteignent un plus grand nombre d'organes que dans les formes précédentes: poumons, séreuses, foie, rate, tissus lymphoïdes (ganglions, moelle osseuse), les glandes (thyroïde, thymus, surrénales). La granulie aiguë peut revêtir trois formes: la plus commune est la méningite tuberculeuse; plus rarement ce sont les accidents pulmonaires qui prédominent; enfin elle peut se présenter sous l'aspect d'une bronchite avec état typhique.

Lorsque l'analyse clinique conduira à soupçonner la granulie derrière ces masques divers, la cuti-réaction sera pratiquée; sauf à la période agonique, elle est toujours positive.

Après avoir envisagé ces *formes généralisées*, M. étudie la *tuberculose du poumon* et les *affections paratuberculeuses du poumon* dans la première enfance. Il décrit successivement suivant leur ordre de fréquence : 1° *les bronchites, congestions pulmonaires* et *broncho-pneumonies paratuberculeuses*; 2° *la broncho-pneumonie tuberculeuse*, que M. dénomme secondaire ou tardive pour l'opposer aux alvéolites caséeuses initiales, fort difficile à distinguer de la broncho-pneumonie commune; 3° *la tuberculose ulcéreuse et cavitaire du poumon*, d'un diagnostic malaisé. On est souvent surpris d'en découvrir les lésions à l'autopsie, alors que, pendant la vie, on les avait à peine soupçonnées. Les signes physiques se réduisent à ceux d'une bronchite commune ou d'une broncho-pneumonie subaiguë à rechutes. Parfois ils simulent une pleurésie interlobaire. Il n'y a guère que la radioscopie qui permette de reconnaître cette forme.

La *pleurésie avec épanchement* est exceptionnelle dans la tuberculose du premier âge. Quand elle se produit, elle est presque toujours purulente et presque toujours due à une infection secondaire par le pneumocoque ou le streptocoque.

Le *pneumothorax* peut s'observer chez le très jeune enfant, mais, le plus souvent, il n'est pas dû à la tuberculose; il est causé par une broncho-pneumonie, une pleurésie purulente ou une coqueluche.

G. Schreiber.

A. Morlet (de Vichy). ***Traitement médical d'une sténose pylorique aiguë du nourrisson et résultats éloignés d'une pyloroplastie extra-muqueuse*** (*Le Nourrisson*, tome XII, n° 5, Septembre 1924). — Chez un nourrisson de 25 jours, venu à terme et nourri au sein, M. a pu observer les signes caractéristiques d'une sténose pylorique aiguë. Malgré sa conviction qu'il lui faudrait intervenir sous peu, il se décide, sur l'insistance des parents, à prescrire un traitement médicamenteux. Les vomissements disparaissent progressivement au bout de 8 jours et le poids de l'enfant reprend son ascension.

A l'occasion de ce cas, M. étudie les résultats éloignés d'une pyloroplastie extramuqueuse pratiquée par lui en 1914. L'enfant, actuellement âgé de 10 ans, normalement développé, n'a jamais présenté depuis son opération de troubles digestifs. Son appétit est toutefois capricieux.

La radioscopie montre la persistance d une hyperexcitabilité musculaire que l'on constate dès l'absorption du repas opaque sous forme de contractions énergiques de l'estomac. G. Schreiber.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica]

(Rome)

C. Rossi. ***Contribution expérimentale à l'étude de la réinfusion du sang*** (*Il Policlinico [Sezione chirurgica]*, tome XXXI, n° 7, 15 Juillet 1924). — Cette méthode, intermédiaire entre la transfusion vraie et les injections intraveineuses de sérum, consiste essentiellement, dans les cas de grandes hémorragies internes, à filtrer rapidement le sang épanché recueilli aseptiquement et à le réinjecter immédiatement au malade. Vieille d'une dizaine d'années, cette technique préconisée par Thies a été employée surtout en Allemagne, puis en Italie. Zappelloni, en particulier, l'a chaudement prônée au Congrès de Trieste en 1919.

Dans son travail actuel, R., après avoir fait l'historique et la critique de la question, donne en détail les résultats de plusieurs séries d'expériences entreprises sur des chiens, pour étudier la valeur et les résultats de la méthode.

Il arrive à cette conclusion que la réinfusion est capable de rendre de grands services dans des cas bien définis, d'extrême urgence, c'est-à-dire d'hémorragie particulièrement violente où le sang n'a fait qu'un court séjour dans la cavité péritonéale et n'est que peu ou pas altéré. Ce sont en effet les altérations du sang qui règlent le pronostic. Or plus le sang séjourne dans le ventre, plus il s'altère et plus il risque de donner lieu à des phénomènes toxiques pouvant entraîner la mort, comme R. l'a observé sur 2 de ses animaux. Mais, d'autre part, lorsque le sang peut séjourner longtemps dans le ventre, c'est que l'hémorragie n'est pas immédiatement mortelle. La réinfusion, dangereuse ici, est donc plus que discutable. On admet, un peu arbitrairement, qu'au delà

de 16 heures, les altérations du sang contre-indiquent la réinfusion. En réalité, ces altérations peuvent être très précoces, comme l'a bien vu R. dans ses expériences, et souvent elles sont déjà très marquées sans que pour cela l'organisme paraisse souffrir de la réinfusion. Il semble qu'il y ait ici un véritable « seuil de tolérance ». M. Deniker.

LA RIFORMA MEDICA

(*Naples*)

M. Batrani. ***Rire et pleurer spasmodiques chez les pseudo-bulbaires*** (*La Riforma medica*, tome XL, n° 31, 4 Août 1924). — Le rire et le pleurer sont des phénomènes réflexes qui ont leur noyau d'association situé dans la partie la plus externe du noyau lenticulaire. Les lésions irritatives ou destructives limitées à ce segment nucléaire seraient suffisantes à déterminer le rire et le pleurer spasmodiques, même lorsqu'elles sont unilatérales.

Le mécanisme de ces crises serait double : dans certains cas il résulterait de l'interruption de la voie d'inhibition qui va de la corticalité aux centres de la mimique. D'autres fois, il serait dû à l'excitation directe de ces centres. L. de Gennes.

F. Pentimalli. ***L'intoxication protéique chronique et les anémies ou leucémies expérimentales*** (*La Riforma medica*, tome XL, n° 35, 1er Septembre 1924). — P. conclut d'une longue série de recherches qui ont porté sur plus de 10 années que l'intoxication protéique chronique crée dans l'organisme un état humoral caractérisé par une anémie intense et, dans quelques cas, par une lymphadénie soit leucémique, soit aleucémique.

L'injection parentérale répétée d'albumine d'œuf ou de lait détermine chez l'animal des lésions histologiques constantes des ganglions et des organes hématopoïétiques. L'anémie cryptogénétique de Birsch-Hirschfeld serait due dans bien des cas à de semblables actions. Ce processus s'expliquerait par le fait que les ganglions lymphatiques, la rate, le thymus contiennent de nombreuses diastases protéolytiques. L. de Gennes.

C. Verdina. ***Embolies gazeuses au cours d'une réinsufflation de pneumothorax thérapeutique*** (*La Riforma medica*, tome XL, n° 35, 1er Septembre 1924). — V. rapporte l'observation d'une jeune femme de 35 ans qui, au cours d'une réinsufflation de pneumothorax artificiel, accusa brusquement un point de côté, une sensation de malaise intense et tomba, privée de connaissance. Au réveil, la vision était presque complètement abolie, le fond d'œil pâle et exsangue, la céphalée intense. C'est seulement au bout de 48 heures que la vision et l'aspect du fond d'œil redevinrent normaux.

V. attribue ces symptômes à une embolie gazeuse due à la rupture d'adhérences pleurales au cours du pneumothorax. Le fait curieux est que les bulles d'azote ainsi introduites dans la circulation artérielle soient venues obstruer symétriquement les 2 artères centrales de la rétine à droite et à gauche. L. de Gennes.

V. Tomasone. ***Spondylite ankylosante syphilitique*** (*La Riforma medica*, tome XL, n° 39, 29 Septembre 1924). — La spondylite ankylosante, bien décrite par P. Marie, puis par Bechterew, est toujours restée d'étiologie complexe. L'auteur en rapporte les observations nouvelles qui mettent bien en valeur l'importance de la syphilis dans la genèse de la maladie. Cependant, dans les 3 cas observés, l'épreuve du traitement est restée entièrement négative et rien ne prouve de façon certaine que la syphilis constatée chez ces 3 sujets soit bien la cause déterminante du processus ankylosant. L. de Gennes.

PENSIERO MEDICO

(*Milan*)

A. Campatelli. ***Un cas de tuberculose primitive des muscles*** (*Pensiero medico*, tome XIII, n° 24, 31 Août 1924). — La tuberculose primitive des muscles est une affection relativement rare dont on ne peut relever dans la littérature médicale qu'une soixantaine de cas. Elle succède en réalité presque toujours à un foyer tuberculeux latent et doit être considérée comme une métastase embolique hématogène. Elle frappe surtout les muscles les plus actifs. Histologiquement, les lésions essentielles sont surtout des lésions des artères. L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 72 ans, atteinte de véritables gommes tuberculeuses du trapèze d'apparence primitive. Il conseille de pratiquer dans ces cas l'extirpation totale de la tumeur, comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne. L. de Gennes.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA

(*Parme*)

G. Avezzù et C. Zatti. ***Sur la transmission des bruits cardiaques dans la région dorsale*** (*Giornale di Clinica medica*, fasc. 13, 20 Septembre 1924). — A. et Z. considèrent le fait comme fréquent et ils étudient les conditions de cette transmission. Dans les causes défavorables, ils rangent les altérations du myocarde, le développement excessif du tissu musculaire et adipeux, l'éloignement du cœur de la paroi thoracique postérieure. Parmi les causes favorisantes, les unes sont d'ordre physiologique. Chez le fœtus, par exemple, les poumons atélectasiés sont bons conducteurs du son. Certaines variétés morphologiques du thorax, la grossesse, figurent dans les causes favorisantes du phénomène. Pendant les trois derniers mois de la grossesse, la capacité thoracique est réduite par le refoulement du diaphragme et le cœur droit augmente de volume. Enfin il faut ajouter que chez certains sujets les bruits du cœur sont particulièrement forts.

Les causes favorisantes peuvent aussi être d'ordre pathologique : par exemple l'hépatisation pulmonaire, les épanchements pleuraux à la période de résorption, le collapsus produit par le pneumothorax thérapeutique, les tumeurs médiastinales et l'adénopathie trachéo-bronchique, les lésions du cœur s'accompagnant d'augmentation de volume du cœur droit.

En somme, le phénomène est conditionné par le rapprochement du cœur de la paroi thoracique postérieure. Rapprochement absolu, quand l'hypertrophie du ventricule droit déplace en arrière le ventricule gauche (Liebinsky). Rapprochement relatif, lorsque la conductibilité au son est accrue dans les organes voisins : c'est le cas de l'hépatisation. Des images radiographiques accompagnant les observations des malades sont annexées à cet article, ainsi que des schémas et un tableau résumant les résultats des mensurations thoraciques et cardiaques. L. Cotoni.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Bâle*)

M. Roch et S. Katzenelbogen (de Genève). ***Traitement des formes évolutives chroniques de l'encéphalite épidémique par les injections intrarachidiennes de caséine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 37, 11 Septembre 1924). — R. et K. utilisent une caséine solubilisée à 10 p. 100, qu'ils diluent à raison de 1/2 cmc dans 10 cmc de sérum physiologique, soit 0 gr., 05 de caséine pour 10 cmc. Ils injectent des doses variables de 0 gr. 10 à 0 gr. 40 de cette solution, soit 1/2 milligr. à 2 milligr. de caséine, après barbotage de la solution dans une quantité de liquide céphalo-rachidien. Cette injection provoque une réaction méningée, qui peut être assez accusée (fièvre, céphalée, raideur de la nuque, Kernig), mais qui ne dure pas plus de 24 heures. En tout cas, on peut constater, par une ponction faite 24 heures après l'injection, une réaction aseptique à polynucléaires, parfois très intense, de type puriforme, à laquelle fait suite, au bout de quelques jours, une réaction lymphocytaire. R. et K. considèrent cette réaction comme nécessaire à l'efficacité du traitement, mais ils ne recherchent pas une réaction forte. Ils n'ont jamais observé de phénomène inquiétant. La dose initiale est de 1/2 milligr. de caséine; puis, à des intervalles d'une quinzaine de jours au moins, on peut renouveler les injections à doses progressives, de 1 milligr., 1 milligr. 1/2, jusqu'à 2 milligr. au maximum.

R. et K., qui ont déjà observé de bons résultats grâce à ce traitement dans les formes aiguës d'encéphalite (*La Presse Médicale*, 2 Juin 1923), rapportent ici 5 observations de formes chroniques parkinsoniennes, et ils ont toujours obtenu des améliorations plus ou moins marquées, plus ou moins persistantes. L'amélioration portait tantôt sur la raideur, tantôt sur le tremblement, tantôt sur la démarche. Certains malades n'étaient soulagés que pendant une dizaine de jours après chaque injection. D'autres le restaient encore d'une manière permanente après 5 mois de traitement. Il semble que les cas les plus favorables au point de vue thérapeutique ont été ceux dans lesquels la réaction méningée est restée le plus modérée.

R. et K. sont portés à expliquer l'action favorable des injections de caséine par l'augmentation de perméabilité qui accompagne la réaction méningée (ils l'ont mesurée dans plusieurs cas à l'aide de nitrates), et qui permet à des anticorps hypothétiques de pénétrer au contact du virus dans les centres nerveux. Peut-être aussi une action protéinique perturbatrice locale favorise-t-elle la production d'anticorps dans les méninges elles-mêmes, ou exerce-t-elle une action stimulante sur les noyaux gris centraux. J. Mouzon.

Br. Bloch. ***La production expérimentale de radio-carcinomes chez le lapin; reflexions générales sur la genèse des carcinomes expérimentaux*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 38, 18 Septembre 1924). — On connait bien cliniquement l'épithélioma cutané des radiologistes. Mais cet épithélioma n'avait jamais pu jusqu'alors être reproduit expérimentalement : Marie, Cluuet et Raulot-Lapointe avaient bien observé l'apparition d'un sarcome après irradiation chez le rat, mais, jusqu'aux observations ici rapportées par B., jamais l'épithéliome n'avait été obtenu.

La difficulté de l'expérimentation résulte, en effet, de l'énormité des doses de rayons nécessaires et du temps prolongé qu'exige l'observation avant l'apparition du carcinome.

Les expériences ont consisté en irradiations de l'oreille chez des lapins. Le cancer spontané de l'oreille du lapin étant inconnu, les faits observés acquièrent toute leur valeur. Sur 7 animaux soumis aux irradiations, le carcinome u'a été observé que deux fois. Les autres animaux n'ont pas reçu les doses convenables, ou sont morts d'affections intercurrentes avant l'apparition du carcinome.

Dans les deux cas positifs, les doses totales de rayons administrées avaient été respectivement de 1.200 X et de 2.000 X. Des doses inférieures, de 888 X par exemple, ne donnent lieu qu'à la production de papillomes bénins. 40 X suffisent pour produire des ulcérations sur la peau humaine. Des doses trop fortes, atteignant 2.400 X, provoquent nécrose et ulcération, mais sans transformation carcinomateuse. Quant à la répartition des doses, elle peut varier dans de grandes limites : dans l'un des cas positifs, chaque application était de 5 à 6 X; dans l'autre, de 20 X. Dans le 1er cas, le carcinome apparut 32 mois après la première irradiation, et alors même que les irradiations étaient continuées. Dans le 2e cas, il apparut 22 mois après la première irradiation, et 9 à 10 mois après la cessation des rayons.

Dans les deux cas, l'ordre des phénomènes a été le suivant : après une légère réaction inflammatoire, on voit apparaître une hyperpigmentation, à laquelle fait suite tardivement une dépigmentation. En même temps, les poils blanchissent, puis tombent définitivement. Le tégument de l'oreille s'atrophie alors, se couvre de télangiectasies, d'hyperkératoses, à localisation surtout folliculaire, enfin s'ulcère, si bien qu'on assiste à la perforation de l'oreille, puis à l'amputation spontanée de sa partie distale. C'est dans le moignon restant, sur le bord scléro-cicatriciel de l'ulcération, que se développe le carcinome. Ce dernier donne des métastases : non seulement il envahit les ganglions lymphatiques régionaux, mais il s'étend aux groupes axillaires, preauriculaires, médiastinaux, mésentériques, aux ganglions souscutanés du dos et de la paroi abdominale. Enfin l'évolution s'achève par une calcinose miliaire des deux poumons (cas 1). L'état général s'est maintenu satisfaisant, avec accroissement de poids, pendant 15 mois chez le premier lapin. La cachexie ne s'est installée que dans les deux derniers mois, avec l'apparition des métastases. Le second lapin, qui n'a pas encore de métastase, reste encore en bon état 11 mois après le début du carcinome.

Au point de vue histologique, le carcinome est un cancroïde spino-cellulaire, qui, dans ses parties les plus évoluées, permet de reconnaître des globes cornés, et qui rappelle le carcinome de Bowen par son type polymorphe, dystrophique et dyskératosique. En outre, on y remarque des éléments aux-

quels B. accorde une signification importante : ce sont des cellules géantes à noyaux multiples, qui résultent de divisions amitosiques. Des formations du même ordre ont été observées par Miescher dans les simples radiodermites érythémateuses, et B. les considère comme caractéristiques de l'action des rayons sur les noyaux cellulaires.

Rapprochant ces observations expérimentales des faits cliniques ou expérimentaux de cancers du goudron, B. émet une hypothèse de travail sur l'origine du cancer. Il s'agirait d'une réaction particulière de la cellule vivante, qui peut résulter d'excitations variées, exogènes ou endogènes. Ces excitations sont d'une « spécificité relative ». Leur intensité, leur durée, leur qualité, et surtout le terrain sur lequel elles agissent, interviennent dans le déclenchement du cancer. Ces excitations ne produisent pas directement le cancer, mais elles agissent sur le noyau (cette action se traduirait par les divisions amitosiques signalées ci-dessus), en détruisant le principe de régulation intracellulaire qui empêche l'hyperplasie désordonnée de l'élément. L'hyperplasie se trouve, dès lors, libre de se développer, au bout d'un délai variable.

J. Mouzon.

A. Niderberger (de Berne). ***Les globules blancs du sang dans les divers états fonctionnels de la glande thyroïde*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 39, 25 Septembre 1924). — On connaît la description classique de Kocher sur l'état des globules blancs du sang au cours de la maladie de Basedow: diminution du chiffre total des globules blancs, qui descend souvent au-dessous de 5.000, « leucanémie » avec diminution des polylneutrophiles et lymphocytose absolue et relative. N. a repris l'étude hématologique de 246 malades des cliniques de Berne et de Bâle : 156 goitres simples, 56 avec hyperthyroïdisme, 34 avec hypothyroïdisme ou même crétinisme.

Ses conclusions sont les suivantes : Les globules rouges ne sont guère influencés par les affections thyroïdiennes; tout au plus y a-t-il un peu d'anémie chez les hypothyroïdiens. Les globules blancs sont le plus souvent en nombre normal, qu'il s'agisse de goitre simple, d'hyperthyroïdisme ou d'hypothyroïdisme : il y aurait plutôt tendance à la leucocytose qu'à la leucopénie, et la « leucanémie » n'est nullement le propre du basedowisme. Par contre, la proportion de polyneutrophiles est souvent diminuée dans le Basedow, alors qu'elle est plutôt augmentée dans le goitre simple et chez les hypothyroïdiens. La lymphocytose relative ou absolue est de règle, tant dans le goitre simple que chez les hypo- et chez les hyperthyroïdiens, mais c'est chez ces derniers qu'elle est généralement le plus marquée. Quant aux grands mononucléaires, aux formes de passage, aux éosinophiles et aux mastzellen, ils semblent normaux dans les affections thyroïdiennes.

En somme, il paraît bien que les éléments du sang peuvent subir l'influence des troubles du fonctionnement thyroïdien, mais leurs modifications n'ont pas les caractères de constance ni de spécificité qui permettraient de les utiliser pour le diagnostic.

J. Mouzon.

Samuel Chaitan (de Berne). ***L'influence des thyroïdectomies partielles sur le crétinisme chez les goitreux*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 39, 25 Septembre 1924). — C. a étudié 57 crétins de la clinique du Pr de Quervain, qui, tous, avaient dû subir des thyroïdectomies partielles pour parer à des troubles respiratoires de compression. Quelle a été l'influence de l'opération sur l'état mental des malades, d'une part, sur les éléments figurés de leur sang, d'autre part?

Chez 35 malades sur 57 (61 pour 100), l'état mental n'a subi aucune modification après l'opération; chez 13 (23 pour 100), il s'est amélioré, et l'aptitude au travail est devenue plus grande; enfin, chez 7 malades (16 pour 100), l'état mental s'est aggravé. Parmi les 13 cas améliorés, il en est 9 dans lesquels on peut supposer que l'effet favorable est dû à une décompression du parenchyme restant; mais, dans les 4 autres, on est forcé d'admettre que la résection thyroïdienne a soustrait des sécrétions nuisibles aux fonctions thyroïdiennes normales. Il ne semble pas que le poids ou le type histologique du goitre réséqué interviennent dans les variations des résultats obtenus. La quantité de glande laissée après l'opération était toujours à peu près la même. Il paraît que les crétins les plus gravement touchés aient été, en général, plutôt aggravés par l'opération; les moins gravement atteints seraient restés stationnaires ou auraient été améliorés.

A la suite de la thyroïdectomie partielle, on observe souvent une légère diminution du chiffre d'ensemble des globules blancs, avec diminution de 2 pour 100 des polynucléaires, et augmentation de 4 pour 100 des lymphocytes. Les modifications des globules blancs ne semblent affecter aucune relation ni avec les changements de l'état mental, ni avec le volume du tissu goitreux réséqué, ni avec le type histologique de ce dernier. J. Mouzon.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne-Genève)

Maurice Gilbert (de Genève). ***La néphrite chronique diffuse unilatérale*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, tome XLIV, n° 9, Septembre 1924) — G. relate 3 cas de néphrite chronique diffuse unilatérale.

Dans le 1er cas, il s'agit d'une forme glomérulo-tubulaire (gros rein blanc) Dans le 2e, vu l'absence d'artériolo-sclérose, on trouve le tableau anatomique de la néphro-cirrhose secondaire. Dans le 3e, on est en présence d'une néphro-cirrhose artériolo-scléro-tique, ou, pour employer la terminologie de Volhard et Fahr, d'une néphro-sclérose maligne, par combinaison d'artériolo-sclérose avec des phénomènes dégénératifs et inflammatoires. Les deux premiers cas sont des néphrites chroniques d'origine descendante ou hématogène; le 3e représente le type de ces scléroses d'ordre plutôt vasculaire et dont la cause n'est à l'heure actuelle pas encore complètement éclaircie.

Le diagnostic clinique de tels cas ne pourrait être posé que par l'exploration fonctionnelle systématique de chaque rein faite séparément.

L'étude de ces cas vient à l'appui de quelques travaux antérieurs dus notamment à Castaigne et Rathery, Pousson. L. Rivet.

DEUTSCHES ARCHIV FÜR KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

G. Hoppe-Seyler, K. Heesch et H. Waller (de Kiel) ***La constitution chimique du pancréas dans les maladies et ses relations avec le tableau anatomo-clinique : I. Affection du pancréas sans diabète*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CXLV, fasc. 3 et 4, Octobre 1924). — H., H. et W rapportent les résultats de dosages chimiques pratiqués dans 46 cas d'affections pancréatiques sans diabète, se réservant d'étudier, dans un mémoire ultérieur, les résultats obtenus chez les diabétiques. Tous leurs cas ont été autopsiés très rapidement (1 à 3 heures après la mort), et les pancréas ont été soumis immédiatement à la pesée et aux opérations d'analyse. de telle sorte que le rôle des altérations cadavériques paraît être réduit au minimum.

Les chiffres obtenus pour les pancréas normaux sont les suivants : poids 68 à 78 gr., résidu sec 13 à 14 gr., albumine coagulable (parenchyme utile) 7 à 8 gr., graisse 2 gr., cendres 0 gr. 7 à 0 gr. 8. Avec l'âge, le poids d'albumine tend à diminuer, et le poids de graisse à monter, il y a tendance à la transformation graisseuse.

Dans les cas de cachexie et d'hypotrophie, on voit baisser surtout la teneur en eau, mais aussi la quantité totale d'albumines et de cendres Par contre, les graisses restent à peu près stationnaires. Leur augmentation relative coïncide, histologiquement, avec des figures d'infiltration graisseuse.

Presque tous les pancréas pathologiques contiennent une proportion très augmentée de graisse. Le chiffre de graisse le plus élevé a été observé dans un pancréas syphilitique : il atteignait 74 gr. 6. Dans les cas de simple infiltration graisseuse, cette augmentation des graisses ne s'accompagne que de faibles variations des albumines coagulables et des produits azotés solubles. Par contre, les albumines sont diminuées dans les pancréas des artérioloscléreux (les pancréas les plus altérés de ce type sont tous des pancréas de diabétiques), dans les pancréatites subaiguës (un cas de septicémie streptococcique avec endocardite et abcès emboliques du pancréas), dans les pancréatites scléreuses d'origine canaliculaire des lithiasiques, dans les pancréatites scléreuses d'origine portale (cirrhoses pancréatiques) des cirrhotiques et des cancéreux, enfin dans les pancréatites syphilitiques (8 cas). En dehors du diabète, ce sont ces dernières qui réalisent les lésions les plus importantes : pancréas atrophique (27 gr. 9) ou hypertrophique (130 gr.), lésions inflammatoires disséminées réalisant par places la destruction des acini et des îlots alors que, sur d'autres points, on assiste à un processus d'hypertrophie et même de « régénération » du parenchyme; le dosage chimique met toujours en évidence une augmentation des graisses et une diminution des albumines. Les lésions atteignaient leur maximum dans 3 cas qui s'accompagnaient d'anémie pernicieuse.

Dans le cas de pancréatite subaiguë et dans les formes récentes de pancréatite syphilitique, le processus d'autolyse dans les foyers de nécrose se traduisait, au point de vue chimique, par une augmentation des substances azotées solubles non coagulables. J. Mouzon.

W. H. Jansen (de Munich). ***Etudes sur le calcium chez l'homme : la teneur du sang en calcium après administration pérorale, sous-cutanée et intraveineuse de calcium*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CXLV, fasc. 3 et 4, Octobre 1924). — Ces expériences, faisant suite aux recherches antérieures de J. sur la calcémie, ont été entreprises chez des sujets normaux soumis à des régimes bien déterminés, qui les plaçaient rigoureusement en état d'équilibre calcique. Elles ont abouti aux conclusions suivantes.

Les petites doses de calcium, administrées par la bouche (1 gr. de chlorure de calcium hydraté, ou 2 gr. de lactate de chaux par exemple), restent sans influence sur le calcium du sang.

Les fortes doses de sels calciques (correspondant à 1 gr. ou 1 gr. 50 de Ca métal), prises en solution, relèvent la calcémie chez l'adulte. Le taux maximum est atteint en 2 à 3 heures, mais il se produit aussitôt après une chute, qui descend parfois au-dessous du niveau antérieur Par ordre d'activité croissante, les sels les plus efficaces paraissent être le biphosphate, le sulfate, le chlorure, le bicarbonate. Les sels organiques ont moins d'action sur la calcémie que les sels minéraux, et, parmi eux, le lactate est inférieur à l'acétate. Les solutions complexes agissent autrement que les solutions simples : des eaux minérales riches en bicarbonate de chaux, par exemple, provoquent une élévation de la calcémie moindre que des solutions également concentrées en bicarbonate de chaux, mais pures. Cette particularité s'explique vraisemblablement par des phénomènes d'attraction ionique. Malgré un traitement calcique prolongé (87 jours), le relèvement de la calcémie reste toujours passager; pour être efficace, ce traitement doit être institué à haute dose et continué longtemps.

Les injections sous-cutanées de sels calciques ($CaCl^2$ à 1 pour 100) augmentent la calcémie pendant les deux premières heures suivantes. En injectant jusqu'à 7 gr. de $CaCl^2$ (ce qui ne va pas sans douleur et sans réaction), on peut observer des relèvements de 50 pour 100 de la concentration en Ca. Mais ces relèvements sont passagers; au bout de 24 heures, le taux est toujours retombé à la normale ou même au-dessous.

Les injections intraveineuses déterminent une hypercalcémie rapide, qui atteint son maximum en 10 minutes. Mais même en injectant des quantités qui représentent 4 ou 5 fois le Ca de la masse sanguine totale, on ne parvient pas à doubler la calcémie, et, au bout de 1 heure ou 2, on constate déjà le retour au taux antérieur. Cependant le Ca injecté ne se retrouve pas dans les urines, et il faut admettre qu'il se fixe en un point quelconque de l'organisme, par un mécanisme qui reste indéterminé.

D'après J., le meilleur produit calcique à utiliser en injection est le a-isobutyrate de chaux, qu'il emploie soit en solution isotonique à 3,78 pour 100, soit en solution hypertonique à 10 pour 100, et qu'il injecte à des doses de 0 gr. 08 à 0 gr. 17 par kilo, représentant 0,013 à 0,028 de Ca métal.

Chez l'adulte qui possède une calcémie normale, il est impossible d'obtenir, ni par injection sous-cutanée, ni par injection intraveineuse, une hypercalcémie durable. Mais, en cas d'hypocalcémie, il serait possible, par ces procédés, de rétablir et de maintenir une calcémie normale.

J. Mouzon.

REVUE DES JOURNAUX

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

Prof. Max Kappis (de Hanovre). *La question du traitement opératoire de l'asthme bronchique.* (*Medizinische Klinik*, tome XX, n° 39, 28 Septembre 1924). — Les asthmes rebelles aux traitements médicaux habituels sont-ils justiciables d'une thérapeutique chirurgicale? D'intéressantes tentatives ont été faites à cet égard, récemment, en Allemagne.

En automne 1923, Kümmell publiait les observations de 4 cas d'asthme bronchique, qu'il avait traités par la résection du sympathique cervical gauche, avec 3 succès.

Depuis lors, cette opération a été reprise un assez grand nombre de fois par le même auteur et par divers autres chirurgiens, en particulier par K. A côté de bons résultats qui se maintiennent depuis un an, il y a eu des récidives, et aussi des échecs complets.

A vrai dire, les bons résultats de la sympathicectomie dans l'asthme sont assez paradoxaux, étant donné ce que nous savons du rôle de la vagotonie dans cette affection, et de l'action favorable de l'atropine ou de l'adrénaline dans son traitement. Aussi K. a-t-il commencé, en Janvier dernier, à pratiquer chez les asthmatiques une tout autre opération: la résection du pneumogastrique droit au-dessous de l'origine du récurrent. L'intervention est facile et se pratique à l'anesthésie locale. Le vague est sensible, et sa sensibilité irradie dans le cou, quelquefois dans la poitrine, une fois même dans l'estomac; aussi y a-t-il intérêt à l'anesthésier par une injection endoneurale de quelques centimètres cubes de solution de novocaïne à 1/2 pour 100. K. a pratiqué déjà un grand nombre de fois cette opération, mais il ne fixe pas de chiffre. Il a vu une fois, chez une femme de 58 ans, une hémorragie mortelle par blessure de la sous-clavière. Deux fois, il y a eu paralysie récurrentielle, qui s'atténua de mois en mois. Dans la grande majorité des cas, la section du pneumogastrique droit n'entraîne aucune suite fâcheuse.

Parmi les opérés, beaucoup ont été débarrassés non seulement de leurs crises d'asthme, mais de leur dyspnée d'effort et de leurs signes de bronchite. Les autres ont été pour la plupart améliorés. Quelques-uns n'ont ressenti aucun effet de l'opération. Aucun n'a vu son asthme s'aggraver.

Pourquoi les résultats sont-ils si variables, tant après la résection du vague qu'après la sympathicectomie? quelles sont les indications respectives de chacune de ces interventions? K. avoue qu'il y a encore bien des inconnues dans ces questions, et il recommande la plus grande circonspection dans ces tentatives de thérapeutique chirurgicale de l'asthme, qu'on ne pourra guère juger qu'au bout de 2 ou 3 ans. Néanmoins il estime que les résultats déjà obtenus autorisent à continuer les essais, du moins dans les cas où tous les autres procédés ont été épuisés sans succès, et où tout facteur psychogène peut être éliminé. Il conseille de commencer par la résection du pneumogastrique droit, puis, en cas d'insuccès persistant, de faire la résection du sympathique droit, avec son ganglion cervical inférieur et son ganglion thoracique supérieur. Il rapporte deux observations dans lesquelles les deux opérations successives ont amené une guérison, là où la simple résection du vague n'avait permis qu'une amélioration. Mais, à vrai dire, dans un autre de ses cas, amélioré par la section du pneumogastrique droit, la présence d'un syndrome vaso-moteur sympathique de la face du côté droit l'ayant incité à pratiquer la sympathicectomie du même côté, il observa au contraire une violente recrudescence des crises d'asthme.

On voit que la chirurgie de l'asthme, comme celle de l'angine de poitrine, si elle donne parfois de beaux résultats, expose encore à bien des aléas.

J. Mouzon.

Bruno Fischer (de Prague). *Mouvements de contrainte dans l'encéphalite épidémique* (*Medizinische Klinik* (Berlin), tome XX, n° 42, 19 Octobre 1924). — Aux myoclonies et aux spasmes musculaires de l'encéphalite épidémique, il y a lieu d'opposer les phénomènes d'automatisme qui ne sont pas, comme les précédents, entièrement soustraits à l'influence de la volonté, mais qui se présentent comme des impulsions plus ou moins impérieuses : le malade peut y résister pendant un temps plus ou moins long, et ils restent soumis aux influences psychiques. Le type le plus fréquent de ces phénomènes moteurs d'automatisme est le torticolis spasmodique. L'expression la plus complète en est le spasme de torsion. Ils sont à rapprocher des autres automatismes de tous ordres qu'on observe dans l'encéphalite : automatisme psychique (images et mots obsédants), automatisme verbal (palilalie, paligraphie, écholalie), impulsions motrices (un malade d'Herrmann ne pouvait voir une tour ou un lieu élevé sans être saisi du besoin impulsif d'y monter pour sauter en bas; d'autres se laissent tomber d'un geste stéréotypé sur le sol, un autre ne pouvait s'empêcher de claquer ses doigts).

F. rapporte trois observations dans lesquelles le torticolis spasmodique s'associe à des phénomènes d'automatisme.

La première est celle d'un électricien de 24 ans, qui, atteint de somnolence en Février 1919, présenta ensuite, pendant 6 semaines, des mouvements choréiques. 4 ans plus tard, apparurent des spasmes du bras gauche : flexion des doigts et du poignet, avec pronation forcée de l'avant-bras. Cette attitude reproduisait, paraît-il, un geste fréquemment exécuté par le malade dans son métier, et ressemblait à une crampe professionnelle. Quelques mois après se développa un syndrome parkinsonien avec rigidité, immobilité du faciès et tremblement, et c'est à ce moment que les premières manifestations du torticolis spasmodique furent constatées.

La seconde malade, âgée de 22 ans, fit, au printemps de 1920, une grippe avec somnolence et troubles respiratoires. En Octobre 1923 se constitua un syndrome mental caractérisé par du doute, des états catatoniques, des impressions d'étrangeté, des périodes où elle ne pouvait plus prononcer un seul mot malgré tous ses efforts, d'autres où elle ne pouvait plus penser qu'en allemand, alors que sa langue maternelle était le hongrois, d'autres encore où elle ne pouvait plus écrire qu'en intervertissant toutes les lettres de chaque mot (de la dernière à la première), mais non en miroir. Or, cette malade présente un syndrome parkinsonien bien caractérisé (faciès, rigidité et tremblement), et du torticolis spasmodique, qui ont débuté 2 mois environ après les troubles psychiques. Il semble ici que les automatismes psychiques et les automatismes moteurs ont été touchés à la fois.

La troisième observation est la plus curieuse. Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui, en Mars 1920, fit une encéphalite (secousses choréiques, diplopie, léthargie), puis un syndrome parkinsonien, avec torticolis spasmodique, les globes oculaires se déviant en même temps que la tête vers la droite. Or, quand on demande au malade de marcher droit devant lui, on voit d'abord sa tête et ses yeux se porter vers la droite, puis il se met à tourner en manège autour de l'axe de son propre corps, suivant un cercle de 1 m. de diamètre environ. Il continue à tourner ainsi jusqu'à ce qu'il tombe sur son côté droit, complètement raidi et incapable de se relever, ou bien jusqu'à ce qu'il puisse s'accrocher à quelque objet. Son mouvement rappelle celui des souris danseuses. Il parvient volontairement, au prix de beaucoup d'efforts, à retarder son mouvement de manège; de même si on le tient légèrement par le bras ou si on lui fait monter un escalier. Ce curieux symptôme rappelle ce qu'on observe expérimentalement après ablation unilatérale d'un labyrinthe ou d'un hémisphère cérébelleux. Mais ici le malade, bien qu'il eût une otorrhée purulente, n'avait pas de gros trouble labyrinthique, et la persistance des influences psychiques est plutôt le fait des lésions des noyaux gris centraux. Aussi F. incrimine-t-il une localisation striée.

J. Mouzon.

Gustav Hauck (de Berlin). *Contractures du pouce chez de jeunes enfants, développées à la suite du doigt à ressort* (*Medizinische Klinik* (Berlin), tome XX, n° 42, 19 Octobre 1924). — En un an, H. a vu, 4 ou 5 fois, chez des enfants, des contractures du pouce en flexion provoquées par le doigt à ressort. Tantôt la mère a remarqué cette contracture par hasard; tantôt l'enfant, quand il est en âge de le faire, a attiré l'attention sur son doigt, et pousse des cris quand on cherche à le redresser. Ce type de contracture antalgique ne s'observe, chez l'adulte, que chez des sujets d'une pusillanimité excessive. Mais, chez l'enfant, il peut persister assez longtemps pour qu'il se produise une rétraction de la capsule, qui, même après opération, limite l'extension.

Le doigt à ressort est dû, en réalité, à un épaississement nodulaire du tendon ou de sa gaine synoviale. Il suffit d'une petite incision, permettant de libérer le tendon dans sa gaine et d'abraser une partie du nodule, pour faire disparaître le doigt à ressort et la contracture.

Cette particularité ne s'observe guère qu'au pouce, bien qu'on ait signalé quelques cas dans lesquels les derniers doigts étaient intéressés. C'est généralement l'articulation phalangienne qui est touchée et la petite infirmité est souvent bilatérale. Quand elle est unilatérale, il n'est pas rare qu'on sente, du côté opposé, un épaississement tendineux analogue, mais insuffisant pour provoquer le doigt à ressort. Dans quelques observations, plusieurs frères ou sœurs étaient atteints. Ces diverses particularités conduisent H. à admettre que le doigt à ressort est une malformation congénitale, et que le traumatisme ne joue aucun rôle dans son étiologie.

J. Mouzon.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

E. Kylin. *Recherches sur la réaction à l'adrénaline dans les troubles du système nerveux végétatif : modifications de la pression sanguine et de la glycémie dans les diverses formes du diabète sucré* (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome XLV, n° 37, 13 Septembre 1924). — K. a déjà montré que dans l'hypertension essentielle, l'injection d'adrénaline détermine des modifications typiques de la glycémie et de la pression artérielle. Dans le diabète sucré accompagné d'hypertension, il a trouvé des réactions à l'adrénaline superposables. Il était intéressant de savoir comment se comportent vis-à-vis de cette substance les diabétiques jeunes indemnes d'hypertension.

K. injecte à jeun 1 milligr. d'adrénaline sous la peau; la pression est prise de 2 en 2 minutes pendant 10 minutes, puis toutes les 5 minutes pendant 50 minutes, le sucre dosé à 6 reprises pendant les 2 heures consécutives à l'injection.

Chez le sujet sain, après l'injection, la glycémie s'élève pour atteindre son maximum au bout d'une heure, l'augmentation étant en moyenne de 88 milligr. pour 100; la pression monte rapidement, atteignant son maximum en 10 minutes, l'accroissement allant de 15 à 35 mm. Hg. Dans 6 cas de diabète juvénile sans hypertension, les courbes de glycémie et de pression se sont montrées supérieures à la normale (augmentation moyenne de 102 milligr. et de 42 mm. Hg par rapport aux chiffres initiaux de sucre et de pression). Chez les diabétiques hypertendus, la réaction à l'adrénaline est tout autre; elle se traduit par un abaissement de la pression atteignant parfois 50 mm. Hg et par une élévation insignifiante de la glycémie, restant comprise entre 17 et 60 milligr. Cette particularité, jointe à d'autres, contribue encore à mettre en opposition le diabète juvénile et le diabète sénile avec hypertension; il y a là d'après K. deux types très distincts de diabète.

P.-L. Marie.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE
(Berlin)

Buzello et Rahmel. *De la découverte du bacille tétanique dans l'intestin, et dans les organes internes de l'homme sain, indemne du tétanos* (*Archiv für klinische Chirurgie*, tome CXXX, n° IV, 15 Septembre 1924). — L'abondance du bacille tétanique à l'état de saprophyte dans le sol, milieu pour lui défavorable, est intimement liée à l'existence de l'homme et des animaux domestiques. On trouve régulièrement le bacille dans les déjections des bovidés et équidés dont le contenu intestinal lui est très propice. L'homme, surtout à la campagne, est très exposé à la contamination par un germe aussi répandu


BAIN SULFUREUX INODORE
Affections cutanées
Hygiénique-Tonique
SULFURINE
LANGLEBERT
ADRIAN & Cie
9, Rue de la Perle
PARIS
dans toutes les Baignoires

et il est vraisemblable qu'il peut l'héberger momentanément, ou de façon plus ou moins durable, sans pour cela être atteint de tétanos. C'est le plus souvent par la bouche que le bacille est absorbé, alors que sa pénétration par les excoriations de la peau ou des muqueuses semble peu probable. Si on veut le mettre en évidence dans l'organisme de l'homme sain, il faut s'adresser au tube digestif et à l'examen des matières fécales.

B. et R. rappellent les difficultés que l'on rencontre pour préciser dans les selles l'existence d'un agent pathogène qui ne s'y rencontre qu'en quantité minime, comme le bacille du tétanos. Les résultats négatifs n'ont donc que peu d'importance, les résultats positifs suffisamment nombreux ont au contraire un intérêt considérable. Les matières ayant été prélevées avec l'anse métallique sont ensemencées dans un tube de bouillon. Chauffage à 80° pendant une heure pour ne conserver autant que possible que les spores; puis étuve à 37° pendant 5 jours. Après quoi on procède d'une part à l'examen direct et d'autre part à l'inoculation à l'animal. Ces procédés ne concordent pas toujours et on peut se demander si certains bacilles constatés au microscope n'étaient pas dépourvus de tout pouvoir pathogène.

50 personnes appartenant surtout à la population rurale furent examinées. Dans 20 cas on put constater l'existence de spores tétaniques; dans 13 cas il y avait aussi des baciles sporulés, ce qui fait une proportion de 40 pour 100 de résultats positifs chez des gens indemnes de tétanos. On ne note aucune influence d'âge ni de régime, mais par contre une influence évidente de l'état pathologique, les cas positifs s'étant de préférence rencontrés chez des malades atteints d'affection ulcéreuse ou cancéreuse du tractus intestinal.

Les auteurs croient pouvoir conclure que tout homme peut héberger au moins passagèrement des germes et spores tétaniques. Le bacille ne prospère généralement pas dans l'intestin, sauf si la flore intestinale lui crée un terrain favorable. B. et R. se sont préoccupés de l'action des sucs digestifs sur une culture virulente de bacilles tétaniques *in vitro*:

La salive n'a aucune action ni sur les corps bacillaires, ni sur la production de toxines.

Le suc gastrique normal, acide, arrête la croissance, la formation de spores et la production de toxines; mais les spores ne sont pas tuées. Le suc gastrique fortement alcalin n'a aucune action sur la croissance, ni sur la formation de toxines.

La bile et le suc pancréatique favorisent ces deux phénomènes.

In vivo les choses se passeraient de même. Mais les bacilles ou leurs spores peuvent-ils être entraînés dans les organes profonds? Les prélèvements d'organes sur le cadavre sont sans valeur; aussi faut-il s'adresser à l'expérimentation animale. B. et R. ont nourri des souris avec du pain chargé de culture tétanique: soit d'une culture pure d'un bacille virulent, soit d'une culture de plusieurs germes associés; résultat négatif dans le 1er cas, les organes internes se sont montrés dépourvus de bacilles tétaniques qui abondaient par contre dans l'intestin. Dans le 2e cas, les souris succombèrent après quelques jours de diarrhée sanglante et de maladie. Leurs organes contenaient des bacilles tétaniques et d'autres anaérobies. Les bacilles tétaniques peuvent donc traverser la muqueuse intestinale quand celle-ci est altérée par une infection violente et le bacille tétanique localisé à sa porte d'entrée peut se généraliser au cours d'une septicémie ou septico-pyohémie.

Les auteurs feront ultérieurement une communication de leurs recherches sur la présence d'antitoxine dans le sang d'individus indemnes de tétanos et sur les rapports de cette antitoxine avec les bacilles tétaniques de l'intestin. J. Sénèque.

ZEITSCHRIFT für HALS, NASEN- und OHRENHEILKUNDE

M. Hajek (Vienne). ***Bronchite purulente unilatérale, causée par des calculs pulmonaires; extraction de ces calculs; guérison*** (*Zeitschrift für Hals, Nasen- und Ohrenheilkunde*, tome VIII, fasc. 2, p. 208 à 211, avec 3 fig., 28 Mai 1924). — Une femme âgée de 56 ans présente les signes d'une dilatation bronchique du côté droit. A la radioscopie on constate une ombre limitée au niveau des lobes moyen et inférieur du poumon droit.

On pratique alors la bronchoscopie; celle-ci montre que l'arbre bronchique est indemne du côté gauche. Mais l'entrée de la bronche droite est obstruée par une masse fongueuse qui réduit la lumière de la bronche à la valeur d'une simple fente et empêche l'introduction du tube endoscopique. Malgré qu'à une biopsie on ne trouve que du tissu inflammatoire, une tumeur du poumon paraît probable.

4 examens endoscopiques sont successivement pratiqués, sans faire sensiblement avancer la question, lorsqu'un beau matin, à l'occasion d'une quinte de toux, la malade expectore une concrétion calcaire. Celle-ci affecte la forme d'une lamelle carrée de 7 mm. de côté; elle a une épaisseur d'un peu plus d'un millimètre.

La bronchoscopie, pratiquée derechef, montre que la petite masse fongueuse dont on avait constaté la présence à l'entrée de la bronche droite lors des examens antérieurs a disparu à peu près complètement. Un tube de 8 mm. pénètre aisément plus profondément sans provoquer d'hémorragie; mais on ne tarde pas à être arrêté par une masse bourgeonnante, au milieu de laquelle on distingue un corps blanchâtre, analogue au calcul expectoré quelques jours auparavant. Ce nouveau calcul repose à l'entrée de la bronche du lobe supérieur; il se laisse facilement extraire.

La guérison fut dès lors rapide. Une dernière bronchoscopie, la sixième, pratiquée environ un mois plus tard, montra que l'arbre bronchique avait repris un aspect normal; à leur tour les signes physiques et fonctionnels de la bronchite purulente s'amendèrent, puis disparurent bientôt complètement.

Ajoutons que l'examen des calculs recueillis chez cette malade montra qu'ils étaient constitués par une trame organique de tissu conjonctif, infiltrée de carbonate de chaux. Ce sont donc des calculs du poumon qui ont secondairement fait irruption dans l'arbre bronchique. Francis Munch.

K. M. Menzel (Vienne). ***Sur le traitement de la rhinite vasomotrice*** (*Zeitschrift für Hals, Nasen- und Ohrenheilkunde*, tome VIII, fasc. 2, 28 Mai 1924). Dans certains cas de rhinite vaso-motrice réfractaires aux modes de traitement habituels, l'auteur s'est bien trouvé de recourir à des injections sous-muqueuses d'alcool,

Ces injections interstitielles, habituellement multiples, ont pour lieu d'élection la muqueuse des cornets moyens et inférieurs ainsi que la cloison nasale dans sa partie antéro-supérieure. Elles se font avec de l'alcool à 50°-60° de préférence. En tout cas il faut se garder de dépasser le titre de 70°, en raison de la réaction intense que ces injections provoquent le plus souvent.

L'apparition de fausses membranes est fréquente au niveau de l'injection et deux fois l'auteur a vu survenir de petites nécroses circonscrites au niveau de la muqueuse et du cartilage sous-jacent. Cette réaction a communément une durée de 3 à 4 semaines.

Dans les 5 cas où l'auteur a eu l'occasion d'appliquer ce procédé, les résultats ont été très satisfaisants. L'hydrorrhée, souvent très abondante précédemment, a été enrayée d'emblée, et les crises d'éternuement ont disparu ou se sont du moins raréfiées considérablement.

Francis Munch.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE (Berlin)

G. von Pannewitz (Fribourg-en-Brisgau). ***Recherches sur la concentration en ions H de l'urine vésicale, au point de vue de l'épreuve d'excrétion des acides et des bases, utilisée dans l'exploration fonctionnelle des reins*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, tome XV, fasc. 5 et 6, 1924). — Toutes sortes de facteurs sont capables de faire varier la réaction des urines; il importe de les bien connaître quand on veut recourir à ce que les Allemands appellent l'« *S U A Probe* » (S, excrétion acide; U, passage de la réaction acide à la réaction alcaline; A, excrétion alcaline;) pour l'exploration fonctionnelle des reins.

Après les repas, on note une augmentation de l'alcalinité de l'urine qui est plus liée à la quantité des aliments ingérés qu'à leur nature même; l'excrétion alcaline maxima, après ingestion de viande, survient en moyenne au bout de 2 heures; après ingestion d'hydrates de carbone, elle survient au bout de 4 heures; de plus dans le premier cas l'urine redevient plus vite acide, tandis que dans le second cas, elle reste un certain temps alcaline; cette différence semblant simplement due à ce fait qu'un repas en hydrates de carbone est plus volumineux qu'un repas en viande.

Les aliments gras, le lait, les pommes de terre élèvent l'alcalinité urinaire; l'avoine et le riz augmentent au contraire l'acidité. Le jeûne et le sommeil augmentent l'acidité ainsi que l'exercice; les pertes sanguines abondantes augmentent l'alcalinité. Chez les anachlorhydriques, les variations dues aux repas sont faibles; l'urine reste acide; elle le devient à l'extrême après injection d'HCl; elle devient au contraire alcaline après injection de bicarbonate de soude. Dans l'hyperchlorhydrie, l'alcalinité des urines augmente; il y a comme un mécanisme de compensation entre l'acidité urinaire et l'acidité gastrique. C'est par cette voie détournée que les repas de viande qui augmentent la sécrétion acide de l'estomac augmentent l'alcalinité de l'urine; il y a là un phénomène de régulation de la teneur du sérum en ions H et OH.

On étudie le pouvoir d'excrétion acide du rein en administrant par la bouche 20 gouttes d'acide chlorhydrique dilué; l'acidité augmente au bout de 15 à 30 minutes chez l'homme sain; pour étudier le pouvoir d'excrétion alcaline du rein, on injecte dans une veine 50 cmc d'une solution de bicarbonate de soude à 4 pour 100. En 10 minutes la courbe de l'excrétion alcaline a atteint son sommet. L'acide passe dans le sang et le charge d'ions H qu'excrète le rein; l'alcali provoque une sécrétion acide de l'estomac qui appauvrit le sang en ions H et amène une alcalinisation des urines.

Un jeûne préalable trop prolongé ou un repas trop rapproché modifient l'épreuve. Il en est de même de la prise de médicaments: morphine, scopolamine, papavérine donnent de l'acidurie; caféine et digitale donnent de l'alcalinurie; l'urotropine ne modifie en rien la teneur en ions H des urines. Il ne faut pas donner de médicaments dans les 24 heures qui précèdent l'épreuve. Il y a une alcalinurie des nerveux, des émotifs, des hystériques; le collapsus vasomoteur s'accompagne d'alcalinurie; avant les attaques d'épilepsie il y a alcalinurie; après, il y a acidurie.

Dans une pyélite double, on a noté une diminution relative de la sécrétion acide après ingestion d'HCl et au contraire une élévation rapide et durable de l'excrétion alcaline après injection de bicarbonate de soude. Chez un tuberculeux, après ingestion d'HCl, l'urine devint très acide et une injection de bicarbonate de soude ne parvint pas à neutraliser l'urine; chez un malade porteur d'un seul rein, on nota un ralentissement de l'excrétion acide et de l'excrétion alcaline. Wolfromm.

Hermann Walthard (de Berne). ***De l'influence d'un rein malade sur l'autre rein sain; recherches expérimentales pour l'étude de la question des néphrotoxines; note sur l'épreuve fonctionnelle du rein par l'indigo-carmin*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, tome XV, fasc. 5 et 6, 1924). — Chez le lapin, une atteinte de l'un des reins qui a pour suite une résorption aseptique du tissu rénal adultéré provoque presque toujours des lésions décelables du rein sain. L'état général des animaux n'est pas touché, mais le rein laissé intact donne de l'albuminurie, parfois une hématurie, plus rarement une cylindrurie, très souvent un ralentissement de l'excrétion de l'indigo-carmin.

Histologiquement le rein lésé montre de l'hyperémie, souvent avec effraction de globules rouges dans les capsules de Bowmann et dans les canalicules rénaux, mais on ne trouve pas de lésions des cellules des tubes contournés, sauf après les expériences de greffe intrapéritonéale de substance rénale autogène ou hétérogène. Au bout de quelques jours, au plus de quelques semaines, les troubles ont disparu, c'est l'albuminurie qui est le plus tenace; les lésions constatées sur les reins sont transitoires et ne laissent aucune trace durable, en particulier aucune trace inflammatoire.

Les reins laissés intacts sont fâcheusement influencés par les produits de désintégration cellulaire lancés dans la circulation par le rein lésé opératoirement. Ces produits agissent à la façon toxique d'une albumine injectée, sur tout l'organisme et en particulier sur le rein sain.

On ne peut affirmer que le rein soit plus touché que d'autres organes; mais il semble que les albumines d'origine rénale soient plus mauvaises pour le rein que les produits de désintégration d'autres organes (testicule par exemple).

L'auteur n'a jamais vu de *néphrite traumatique* succéder à un traumatisme même violent exercé sur un rein de lapin.

L'indigo-carmin s'est montré dans ses expériences un bon index des lésions rénales; toutefois il s'est trouvé en défaut dans un assez grand nombre de cas, ce qui est tout à fait en opposition avec ce que l'on voit chez l'homme. L'épreuve à l'indigo-carmin est donc beaucoup moins fidèle chez le lapin que chez l'homme. WOLFROMM.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Danielopolu. ***Pathogénie et traitement chirurgical de l'angine de poitrine*** (*The British Medical Journal*, n° 3326, 2 Septembre 1924). — L'angine de poitrine est caractérisée par des troubles sensitifs et moteurs du myocarde, apparaissant soudainement, entraînant parfois la mort, et indépendants de la dilatation cardiaque. L'angine de décubitus serait donc à distinguer de l'angine de poitrine vraie.

En ce qui concerne la pathogénie, D. n'admet pas que l'angor soit dû à une distension aortique, car la tension artérielle n'est pas élevée au cours de la crise, ni à une défaillance ventriculaire, car la crise survient alors que le myocarde fonctionne normalement, ni enfin à une coronarite oblitérante.

Il faut cependant tenir compte des modifications de la circulation coronarienne. L'attaque angineuse survient quand il y a un déséquilibre entre le travail du myocarde et l'afflux de sang par les coronaires: ce déséquilibre peut se produire aussi bien lorsque le cœur est sain ou s'il y a quelque obstruction coronarienne.

Le myocarde, et plus spécialement le ventricule gauche, est donc le siège du processus pathologique: ce dernier est analogue à la fatigue des muscles volontaires. Toutes les fois que la circulation sanguine y est insuffisante, l'élimination des déchets toxiques est incomplète, et l'on voit apparaître des troubles sensitifs (sensation de fatigue, de douleur) et des troubles moteurs (paralysie temporaire). Dans l'angor, on retrouve ces symptômes sensitifs (douleur, angoisse) et ces symptômes moteurs (tachycardie, extrasystoles, arrêt du cœur).

Les nerfs sensitifs du cœur méritent donc d'être mieux connus. Il y a des filets ascendants, qui passent par le sympathique, le nerf vertébral et le pneumogastrique, et par le nerf dépresseur de Hofer; des filets latéraux qui passent par les *rami communicantes*, unissant le 1er ganglion thoracique et le dernier ganglion cervical avec les nerfs spinaux (C^8 et D^{1-4}).

Par les voies nerveuses peuvent s'exercer deux sorte de réflexes: l'un dépresseur (voie parasympathique), l'autre presseur (voie sympathique). Dans l'angor ces derniers prédominent: les battements cardiaques sont accélérés et la tension artérielle s'élève.

Pour prévenir la crise, il faudrait donc interrompre les voies centripètes, mais le traitement chirurgical est délicat. La sympathectomie cervicothoracique de Jonnesco donne une mortalité élevée (60 pour 100); la mort est due à la défaillance du ventricule gauche ou à l'œdème aigu du poumon. On pourrait sectionner la chaîne du sympathique cervical: Coffey et Brown l'ont fait avec succès. Eppinger et Hofer ont coupé un nerf formé de deux branches, venant l'une du pneumogastrique, l'autre du nerf laryngé supérieur, et qu'ils appellent nerf dépresseur. D'autres ont sectionné avec succès la branche cardiaque du pneumogastrique.

Les résultats favorables de ces sections prouvent que tous ces nerfs contiennent des fibres sensitives et prennent part au réflexe presseur. Malheureusement les filets sensitifs, qu'il s'agisse du réflexe presseur ou dépresseur, sont intimement mêlés dans les nerfs cervicaux: ils existent dans le sympathique cervical, dans le nerf vertébral et dans le pneumogastrique. On ne peut toucher à ce dernier, mais le sympathique cervical et le nerf vertébral peuvent être sectionnés en dessous du ganglion inférieur sans danger. Cette section sera pratiquée du côté gauche. On respectera les nerfs centrifuges qui sont essentiels pour le fonctionnement du cœur.

J. ROUILLARD.

A. E. Sanderson Clow. ***Dysménorrhée des jeunes femmes*** (*The British Medical Journal*, n° 3326, 27 Septembre 1924). — Quelle est la fréquence de la dysménorrhée? Sur 2.000 jeunes filles de 12 à 22 ans, 78 pour 100 n'ont aucune sensation anormale lors de leurs règles, 17 pour 100 ont de légers malaises, 5 pour 100 ont des troubles plus marqués.

Pour apprécier ces faits, il faut d'abord se convaincre que la menstruation est un phénomène indolore, ce qui ne paraît pas admis par les gynécologistes habitués à interroger des malades. S. C. est d'avis qu'il faut lutter contre cette idée fausse que la période menstruelle est accompagnée de malaises; il faut persuader de bonne heure les jeunes filles que la menstruation normale n'est nullement douloureuse, qu'elles peuvent à ce moment faire du sport et prendre des bains comme à l'ordinaire, qu'il est tout à fait inutile de se reposer ou de se coucher.

De nombreuses jeunes filles ont suivi ces conseils et ont vu, dans l'ensemble, les malaises de la période menstruelle diminuer considérablement. Il semble que la pratique du repos et l'auto-suggestion que la période menstruelle est une période d'invalidité créent véritablement les sensations pathologiques si fréquentes chez les femmes de la classe aisée.

On lit dans tous les livres que le traitement de la dysménorrhée consiste dans le repos au lit, l'application de sacs à eau chaude sur l'abdomen et la prise de divers médicaments; s'il n'y a pas d'amélioration, on aura recours à la dilatation ou à une incision du col. S. C. conseille au contraire l'exercice et les bains quotidiens qui améliorent la santé générale.

Il faut réserver les extraits glandulaires aux seuls cas où le retour des règles est très irrégulier, où l'écoulement sanguin est anormal. On dit souvent qu'il y a chez les dysménorrhéiques, un développement insuffisant des organes génitaux: il semble pourtant que ce soit rare, et que l'utérus infantile soit plutôt lié à l'aménorrhée.

Il y a un intérêt individuel aussi bien qu'un intérêt social à ce que les jeunes filles se persuadent que la période menstruelle n'exige pas de repos.

J. ROUILLARD.

L. Philipps. ***Dysménorrhée des jeunes femmes*** (*The British Medical Journal*, n° 3326, 27 Septembre 1924). — Les conclusions du rapport précédent ne sont pas admises intégralement par P. Il y a, dit-il, des femmes dysménorrhéiques chez qui la pratique des sports, aussi bien d'ailleurs que les médicaments et les interventions chirurgicales, restent inefficaces. A côté des cas où l'on relève une faute d'hygiène, et qui sont améliorés par une meilleure hygiène, il est d'autres formes dont la pathogénie reste obscure.

Les causes les plus fréquentes sont: la sédentarité, la constipation, un développement corporel insuffisant, une musculature abdominale faible, avec viscéroptose, des attitudes vicieuses. Parfois il y a un facteur psychique.

Existe-t-il une hypoplasie pelvienne?

La détermination du volume de l'utérus par le palper bimanuel est difficile. Souvent lorsqu'on passe l'hystéromètre dans un utérus qui paraissait infantile, la hauteur n'en est pas réduite; ou bien examiné lors d'une laparotomie, on lui trouve un aspect normal. D'ailleurs des utérus sains ont des dimensions assez variables.

D'autre part, il y a certainement des cas où le col est atrophié, la lèvre antérieure du col effacée, l'utérus petit, anté et rétrofléchi; la femme est aménorrhéique ou dysménorrhéique ou stérile. Chez ces malades, les extraits glandulaires donnent souvent de bons résultats; l'extrait thyroïdien calme les douleurs. Les extraits pluriglandulaires (thyroïde, ovaire et pituitaire) sont efficaces dans les cas de règles irrégulières survenant à longs intervalles, avec écoulement peu abondant. Ces troubles guérissent et une grossesse peut évoluer.

Le traitement opératoire donne peu de succès: 25 pour 100 de guérisons, 25 pour 100 d'améliorations. On peut pratiquer la dilatation simple, ou avec insertion d'une sonde en verre creuse, la dilatation avec curettage, l'hystérotomie antérieure.

Les principaux médicaments sont le chanvre, l'atropine, le bromure, le benzoate de benzyle, le salicylate de soude et l'aspirine.

Dans les cas invétérés, l'hystérectomie peut être justifiée, ou mieux la radiumthérapie, qui supprime définitivement les règles, provoquant la fibrose des tissus et l'atrophie des glandes sans entraîner les troubles des ménopauses artificielles. Sans doute elle entraîne la stérilité, mais dans les dysménorrhées graves, la stérilité est constante, et les femmes chez qui ce traitement est justifié sont à un âge où les possibilités et les désirs de grossesse sont bien réduits. J. ROUILLARD.

Dunhill. ***Le traitement chirurgical de la fibrillation auriculaire, au cours du goitre exophtalmique*** (*The British Medical Journal*, n° 3.327, 4 Octobre). — D. étudie les résultats de l'ablation du corps thyroïde, dans 18 cas de goitre exophtalmique compliqué d'arythmie complète.

Cette tachyarythmie complète par fibrillation auriculaire peut disparaître temporairement à la suite de la ligature des vaisseaux thyroïdiens ou après ablation d'un lobe. Cependant cette amélioration n'est que partielle et l'arythmie reparaît à la suite d'un effort.

Au contraire, lorsque simultanément ou dans une opération ultérieure on ôte une partie suffisante du 2e lobe (environ les 2/3), l'arythmie peut disparaître de façon définitive. Cette disparition succède parfois spontanément à l'intervention chirurgicale; parfois cependant un traitement par la quinidine est nécessaire pour compléter l'acte opératoire et faire disparaître la fibrillation auriculaire.

Dans 2 cas, l'arythmie n'a pas été réduite par l'intervention chirurgicale à un rythme entièrement normal, mais a été remplacée par des contractions extra-systoliques.

Parmi ces 18 observations, D. a eu 2 morts; l'une peut être imputable à la quinidine, l'autre consécutive à l'acte chirurgical lui-même, chez un sujet présentant un état grave.

Dans l'ensemble, l'ablation totale d'un lobe, partielle du 2e lobe, jointe à un traitement consécutif par la quinidine, paraît être pour D. la meilleure thérapeutique de la fibrillation auriculaire au cours du goitre exophtalmique.

Les résultats de ce traitement chirurgical peuvent être remarquables, alors que l'arythmie dure déjà depuis des années et s'accompagne de symptômes d'insuffisance cardiaque avec œdèmes et stase périphérique. P. OURY.

Ch. Brunton. ***Relation entre l'azotémie et le coma diabétique*** (*The British Medical Journal*, n° 3328, 11 Octobre 1924). — B. étudie les rapports existant entre l'urée du sang et le coma diabétique amélioré par l'insuline.

Dans une 1re observation B. constate qu'une azotémie assez élevée au début d'un coma diabétique tombe de façon plus ou moins notable, parallèlement à la glycémie, améliorée par l'insuline.

Dans une 2e observation, tandis que la glycémie diminue et que l'état général s'améliore sous l'influence de l'insuline, l'azotémie présente une légère augmentation.

Dans 12 autres observations, B. constate l'invariabilité du taux de l'azotémie malgré l'amélioration apportée par l'insuline.

Dans l'ensemble, l'azotémie, dans le coma diabétique n'est proportionnelle ni à la gravité du coma, ni au taux de la glycémie, ni à l'action de l'insuline. P. OURY.

THE LANCET
(Londres)

J. Eason et Malcolm Smith. ***Néphrites héréditaires et familiales*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5274, 27 Septembre 1924). — Hurst a publié antérieurement des cas de néphrite héréditaire familiale ou de néphrite congénitale. E. et S. ont observé également une prédisposition familiale à la néphrite dans deux familles.

Dans l'une, six personnes ont été atteintes, vers la quarantaine, soit de néphrite, soit d'apoplexie, soit de l'une et de l'autre.

Dans une autre famille, il y eut 7 cas de néphrite, donc 5 furent découverts dans l'enfance ou l'adolescence; 4 furent reconnus en l'espace de quelques semaines. Il s'agissait certainement d'une affection déjà ancienne, car 3 des malades avaient des artères dures, une tension élevée et une forte azotémie.

Aucun facteur étiologique ne peut être reconnu dans ces cas: pas de scarlatine, pas de grippe; Wassermann négatif. Un seul malade rapporte une histoire de refroidissement précédant immédiatement l'apparition de la maladie.

Des cultures pures de streptocoque non hémolyti-

que ont été obtenues avec le sang et l'urine dans 2 cas. Au bout de 4 mois, l'hémoculture était négative, mais l'urine renfermait encore un streptocoque. Ces streptocoques étaient identiques à ceux qu'on trouvait sur les dents et les amygdales des sujets.

A côté d'une débilité congénitale du rein, des infections streptococciques interviennent donc dans la pathogénie de ces néphrites : des infections répétées, à point de départ dentaire ou amygdalien, provoquent une bactériémie, avec fixation des germes sur le rein.

Des recherches expérimentales ont confirmé que le streptocoque isolé de ces néphrites subaiguës peut déterminer chez l'animal des altérations rénales.

J. Rouillard.

J. Mackenzie. ***La critique du traitement chirurgical de l'angine de poitrine*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5275, 4 Octobre 1924). — Dans l'état actuel de nos connaissances, Mackenzie rejette entièrement le traitement chirurgical de l'angine de poitrine dont le but n'est nullement de guérir l'angine de poitrine, mais uniquement de sectionner les nerfs qui transmettent les impressions douloureuses du cœur au système nerveux central. Ce traitement chirurgical comporte de nombreux dangers : le risque d'une opération fort délicate en elle même, le danger de sectionner les nerfs de la vie végétative dont on ignore beaucoup des fonctions.

Mais plus encore, Mackenzie considère qu'en faisant disparaître les crises douloureuses on ôte au malade son propre signal d'alarme : l'apparition de la douleur angineuse indiquant à celui-ci la limite de travail et d'effort que son cœur ne peut impunément franchir.

L'indication thérapeutique essentielle dans l'angine de poitrine est d'éviter au cœur tout surcroît de travail.

Par ailleurs, la douleur n'a aucun danger en elle-même, sans doute est-elle associée à des éléments dangereux, mais que n'améliore nullement la suppression de la douleur. Mackenzie rejette encore le traitement chirurgical, en se fondant sur les arguments suivants : l'imprécision qui existe entre les « angines de poitrine primitives avec lésion cardiaque » et les « angines de poitrine secondaires sans lésion cardiaque », — l'importance de la coronarite dans les angines primitives —, mais surtout l'imprécision des résultats opératoires et des statistiques rapportés par les auteurs.

En définitive, avant d'admettre le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, Mackensie pense qu'il est nécessaire d'approfondir l'étude des différentes formes d'angine, mais surtout de préciser l'étude physiologique du système nerveux cardiaque On connait le fonctionnement des filets nerveux centrifuges, on ignore le rôle des filets nerveux centripètes unissant le cœur au système nerveux central.

P. Oury.

Mc Laughlin. ***Le sérum antipneumococcique dans le traitement de la pneumonie franche lobaire aiguë*** (*The Lancet*, tome CCVII, n° 5275, 4 Octobre 1924). — Mc L. étudie l'action du sérum antipneumococcique, systématiquement employé dans 27 cas de pneumonie.

Le sérum antipneumococcique I a une action thérapeutique beaucoup plus marquée que les sérums II, III, ou que le sérum polyvalent.

Le sérum antipneumococcique I a une action sur les pneumonies provoquées par les autres variétés de pneumocoque, mais beaucoup moins marquée que lorsque le pneumocoque I est le germe en cause.

Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque le traitement sérothérapique est institué précocement avant le 3e jour de la maladie.

Avec les précautions habituelles contre le shock, on doit faire une 1re injection intraveineuse de 50 à 100 cmc de sérum. Au début de l'injection, les premiers centimètres cubes de sérum antipneumococcique seront dilués par du sérum physiologique; ultérieurement, le sérum antipneumococcique sera injecté pur.

Au début de ce traitement, l'injection intraveineuse pourra être renouvelée toutes les 8 heures, jusqu'à la chute définitive de la température et ralentissement du pouls; lorsque ce résultat est acquis, le sérum est définitivement supprimé.

La sérothérapie agit beaucoup moins sur les signes physiques que sur les troubles de l'état général; cependant la pleurésie purulente semble moins à craindre lorsque le sérum a été employé.

P. Oury.

UGESKRIFT FOR LAEGER

E. Rud (Copenhague). ***Recherches hématologiques sur le personnel des laboratoires de rayons X et de radium*** (*Ugeskrift for Laeger*, tome LXXXVI, n° 22, 29 Mai 1924). — A plusieurs reprises on a signalé des cas d'anémie pernicieuse avec issue fatale que l'on a cru devoir imputer à la manipulation des rayons X ou du radium. L'auteur s'est demandé si l'on s'est trouvé là en présence de simples coïncidences ou s'il s'est agi d'altérations du sang constantes chez les personnes que leur profession expose à l'action des rayons X ou à celle du radium. Or il semble résulter des recherches de R. que le sang des 18 sujets examinés par lui avait une composition sensiblement normale.

Le dosage de l'hémoglobine, la numération des hématies et des plaquettes sanguines, la résistance des hématies à l'action osmotique des solutions hypertoniques n'ont varié que dans les limites de la normale.

Seule la numération des leucocytes a donné des chiffres généralement quelque peu inférieurs à la moyenne habituelle. En outre, il convient de noter qu'une lymphocytose a été constatée 6 fois sur 18.

Ajoutons que les examens pratiqués par l'auteur ont été contrôlés sur les mêmes sujets à 18 mois d'intervalle, et que les résultats enregistrés à cette occasion ont été entièrement concordants et ont confirmé les premières constatations.

Francis Munch.

BULLETIN DE LA SECTION SCIENTIFIQUE DE L'ACADÉMIE ROUMAINE

(Bucarest)

Prof. G. Marinesco. ***Nouvelles contributions à l'étude de l'histopathologie de la sclérose en plaques*** (*Bulletin de la Section scientifique de l'Académie roumaine*, tome IX, n° 1, 1924). — D'après l'étude anatomique de 5 cas de sclérose en plaques, M. expose successivement les lésions des vaisseaux, du tissu nerveux et de la névroglie; il étudie minutieusement les lésions du cervelet et du nerf optique, qui, à son sens, jouent un rôle considérable dans la symptomatologie de l'affection, ainsi que celles du cerveau.

La nature inflammatoire, l'évolution des lésions, leur dissémination, de même que la propagation du processus pathologique de la cavité arachnoïdienne et des ventricules dans le névraxe, témoignent que l'on a affaire, dans la sclérose en plaques, non pas à une lésion endogène, mais à un processus d'origine exogène.

La transmission de l'agent pathogène au lapin, au cobaye et au singe prouve qu'il s'agit d'une maladie produite par un virus.

L'existence d'un spirochète spécial, différent de celui de la syphilis, tend à démontrer que, dans la sclérose en plaques, on a affaire à une spirillose, mais on n'est pas d'accord sur les caractères de ce spirochète, qui, en tout cas, n'est pas le *spirochæta cuniculi*; ce spirochète a été d'ailleurs très rarement rencontré dans les foyers inflammatoires de la sclérose en plaques et il faisait défaut dans les 5 cas de M. traités par la méthode de Ramon y Cajal et par celle de Jahnel.

L. Rivet.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

John Hellström. ***Contribution à l'étude de la pyélite staphylococcique, en particulier dans sa forme chronique; formations calculeuses spéciales auxquelles elle donne lieu*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, supplément VI). — Les infections staphylococciques des reins ont été beaucoup moins étudiées que les infections colibacillaires, en particulier dans leurs formes chroniques qui sont capables de donner d'interminables bacilluries sans provoquer de manifestations morbides bien sévères. Elles peuvent donner naissance à des concrétions calculeuses, formées de carbonates et de phosphates et dont toute la substance organique est constituée par des staphylocoques; ceux-ci sont répartis dans la même proportion de la périphérie au centre du calcul, ce qui montre bien quelle liaison intime il y a entre ces concrétions et l'infection staphylococcique.

Outre la bacillurie staphylococcique caractérisée par une teneur abondante de l'urine en staphylocoques, alors que la teneur en éléments inflammatoires est très faible, H étudie les pyélonéphrites et les pyélocystites proprement dites, dues au staphylocoque et qui sont si souvent confondues avec les infections à colibacilles.

Les infections rénales mixtes sont fréquentes; l'infection débuterait souvent par le staphylocoque, le colibacille ne s'installant que secondairement; mais les staphylocoques disparaissent les premiers, les colibacilles persistent au contraire avec opiniâtreté. Aussi les staphylocoques paraissent-ils plus fréquents dans les cas aigus que dans les cas chroniques qui ont cependant pu être primitivement à staphylocoques.

Les degrés divers d'intensité de l'infection staphylococcique doivent s'expliquer par les degrés de virulence des souches microbiennes; il y a là un problème bactériologique non encore résolu; dans toutes ses recherches, H. n'a jamais rencontré que du staphylocoque blanc.

Sur 507 cas d'infection des voies urinaires, le staphylocoque s'est trouvé en cause dans 30 pour 100, le colibacille dans 64,9 pour 100 et une flore mixte dans 2 pour 100 des cas.

Le traitement de ces infections staphylococciques chroniques est bien ingrat; on a pu obtenir de bons résultats, avec les antiseptiques urinaires et les lavages du bassinet. Les essais de vaccinothérapie ont été infructueux; par contre, H., en plusieurs cas, s'est bien trouvé de recourir à des injections de néosalvarsau. Une modification acidifiante des urines est capable de s'opposer à la formation des calculs.

Wolfromm.

ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

(Montevideo)

Clivio Nario. ***Considérations sur un cas d'actinomycose de la fosse iliaque droite*** (*Anales de la Facultad de Medicina*, tome IX, n° 5, mai 1924. — Une femme de 40 ans présente depuis 3 mois des douleurs dans la fosse iliaque droite, dont la persistance l'oblige à garder le lit avec des applications calmantes. En même temps s'établit une constipation de plus en plus opiniâtre et une tuméfaction se développe dans la région douloureuse. On pense d'abord à un kyste, mais la malade refuse l'intervention. Cependant la tumeur augmente avec rapidité, les douleurs s'accentuent, l'état général s'altère notablement. Lorsqu'elle vient consulter C. N., la malade est pâle, très amaigrie, d'aspect déjà cachectique. La tumeur, volumineuse, occupe tout le quadrant inféro-droit de l'abdomen, remontant jusqu'à l'ombilic, affleurant en bas la crête iliaque. Sa consistance est dure, irrégulière, ses contours imprécis. Elle semble faire corps avec les plans profonds sur lesquels on ne peut la mobiliser. Superficiellement, les muscles et le tissu cellulaire semblent infiltrés par un processus d'inflammation chronique. La peau est pigmentée. Pas de température. La hanche, le rachis sont indemnes ; il n'y a pas de névralgie crurale. La radioscopie montre un cæcum coudé, mais libre, le squelette ne paraît pas altéré. Au toucher l'utérus est un peu scléreux, mais mobile. On perçoit par le vagin le pôle inférieur de la tuméfaction. Examen des fèces : pas de parasites, Weber négatif. Réaction de Wassermann négative. Urines normales. On discute pour les éliminer le cancer du cæcum infecté et le sarcome du bassin. L'invasion des plans superficiels, l'aspect inflammatoire, l'intégrité du cæcum et du squelette à la radioscopie, l'absence de syphilis font penser à la possibilité d'une actinomycose, malgré la rareté de cette lésion. Le repos au lit, la glace, n'ayant rien donné, on tente un traitement ioduré (KI : 4 gr. par jour). Le résultat est remarquable. En 10 jours la tumeur est réduite à un petit nodule sus-jacent à l'arcade. La dose de KI est réduite à 2 gr. et le traitement poursuivi pendant 2 mois. La malade revue récemment est en parfait état, a repris 20 kilogr. et n'est plus constipée. La fosse iliaque est parfaitement souple.

M. Deniker.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL

(Paris)

Henri Vignes. ***A propos de certaines circonstances qui accompagnent le développement des varices chez les femmes en état de gestation*** (*Le Progrès Médical*, n° 42, 15 Octobre 1924). — Les varices, qui se produisent au cours de la gestation, évoluent par poussées subaiguës et se terminent soit avant le terme de la gestation (spontanément ou sous l'influence curative du repos), soit après l'accouchement. Elles peuvent disparaître complètement ou laisser un état variqueux définitif. Les poussées peuvent siéger sur des varices anciennes. Elles peuvent être unilatérales ou bilatérales.

Sur 126 femmes enceintes quelconques examinées en série par l'auteur, il y avait 62 cas de varices, soit 49 pour 100. Sur 76 primipares, 41 n'avaient pas de varices, 9 avaient des varices anciennes et 26 (soit 33 pour 100 des femmes jusque-là exemptes) avaient des varices gravidiques. Sur 55 pluripares, 23 n'avaient pas de varices, 4 avaient des varices antérieures à la première gestation, 4 avaient des varices apparues à la première gestation, 3 avaient des varices apparues à une gestation antérieure, autre que la première et 11 avaient des varices récentes (soit encore 33 pour 100 des femmes jusque-là exemptes : donc une pluripare exempte jusqu'à ce moment de varices aurait autant de risques qu'une primipare d'être affectée de cet inconvénient).

Sur 31 observations où le début de la poussée est indiqué, on trouve 12 fois le premier trimestre, 15 fois le deuxième, 4 fois le troisième. Donc les varices apparaissent dans le plus grand nombre des cas avant le moment où le volume de l'utérus pourrait gêner le cours du sang dans les membres inférieurs; la varice est une maladie de la paroi veineuse et non pas un syndrome relevant d'une gêne circulatoire.

Les varices coïncident souvent avec la dystrophie du tissu élastique qui prédispose aux vergetures (sur 39 femmes ayant des varices gravidiques, 24 ont des vergetures, soit 61 pour 100); mais cette coexistence n'est pas constante et la dystrophie se voit assez souvent dans les cas où il n'y a pas de varices (sur 61 femmes sans varices, 29 ont des vergetures, soit 47 pour 100).

Les femmes dont les règles sont longues et rapprochées sont plus prédisposées aux varices que les autres.

Les signes de petite insuffisance thyroïdienne sont fréquents chez les femmes qui sont atteintes de varices au cours de la gestation. D'autre part, le traitement par l'extrait thyroïdien donne des améliorations rapides en cas de poussée variqueuse aiguë.

Il existe, au niveau des varices en poussée, une élévation très nette de la température locale par rapport à la température de la peau du reste du membre ou à la peau de la région symétrique. Cette élévation est de 3° dans les cas où la poussée est à son acmé. Elle diminue quand la poussée diminue, elle est moindre au niveau des varices anciennes réchauffées et nulle sur les varices anciennes non réchauffées. L'administration d'adrénaline, d'extrait hypophysaire, d'extrait thyroïdien diminue cette hyperthermie locale.

J. Dumont.

A. Sézary. ***Traitement préventif des crises d'angine de poitrine par le gardenal*** (*Le Progrès Médical*, n° 43, 18 Octobre 1924). — Le traitement de l'angine de poitrine doit s'adresser avant tout à sa cause. Mais souvent celle-ci échappe et il arrive aussi que le traitement étiologique soit sans effet. D'où l'importance du traitement symptomatique.

A ce titre, chez des sujets souffrant de crises fréquentes, répétées plusieurs fois par jour ou par semaine, S. a tenté de prévenir l'apparition des crises par l'emploi méthodique du gardenal. Il relate 4 de ses observations, dans lesquelles cette médication a donné d'heureux résultats, résultats indéniables, car la suppression du médicament pendant quelque jours a été suivie de la recrudescence des douleurs cardiaques.

La dose de gardenal efficace a varié selon les cas. Elle doit être déterminée par tâtonnements pour chaque sujet. Chez certains malades, 5 centigr. suffisent; chez d'autres, 20 centigr. sont nécessaires. Les crises se répétant souvent à heure fixe, il est alors indiqué de donner le gardenal une ou deux heures avant; quand les crises se répètent plusieurs fois dans la journée, on administrera 5 centigr. de gardenal à diverses reprises, de préférence une ou deux heures avant le moment habituel d'apparition des crises. Lorsqu'on a obtenu un résultat satisfaisant, on doit tenter de le maintenir en réduisant les doses au strict minimum, en faisant un traitement symptomatique d'entretien. Il serait même désirable de suspendre de temps à autre le gardenal pendant quelques jours.

Le gardenal, à ces doses, est peu toxique; son principal inconvénient peut consister dans la somnolence qui suit parfois son ingestion, surtout au début du traitement.

Cette action préventive du gardenal sur les crises d'angine de poitrine paraît relever de l'effet sédatif qu'a ce médicament sur les algies viscérales.

L. Rivet.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE

(Paris)

Ad. Oswald (Zurich). ***Des rapports entre la glande thyroïde et le système nerveux*** (*Revue française d'Endocrinologie*, tome II, n° 4, Août 1924). — Si l'on met en parallèle d'une part les symptômes les plus marqués du myxœdème et d'autre part les symptômes saillants de la maladie de Basedow, on constate de suite les rapports étroits existant entre la glande thyroïde et le système nerveux.

A côté de ces faits, l'on a pu constater que d'énormes prises de thyroïde ne donnaient lieu qu'à des troubles d'amaigrissement chez les individus normaux quant à leur système nerveux. Par contre, une quantité restreinte de thyroïde chez des nerveux apportait des troubles marqués.

Les deux systèmes nerveux (axio-central et neuro-végétatif) sont d'ailleurs responsables tous les deux de cette action élective de la thyroïde sur les sujets nerveux.

L'expérimentation chez l'animal avec la « thyroglobuline » (soit la globuline iodée de la thyroïde) montre que l'action de courants électriques ou de substances (adrénaline, pilocarpine, histamine) est augmentée sous l'action de ladite thyroglobuline.

O. cite une série d'expériences impossibles à résumer ici, mais dont les conclusions générales fort importantes sont :

1° La glande thyroïde est comme un organe intercalé physiologiquement dans le système nerveux, entre les centres et les terminaisons nerveuses, ayant pour but d'accroître les impulsions nerveuses.

La thyroïde est « un organe multiplicateur des impulsions nerveuses ».

2° La thyroïde diffère des autres glandes endocrines en ce que ces dernières sont des « excitateurs directs ».

3° La « thyroglobuline » agissant comme l'extrait thyroïdien, en ayant les mêmes propriétés, doit être considérée comme « l'hormone thyroïdienne ».

La « thyroxine » de Kendall n'est qu'un produit de dédoublement de la thyroglobuline et ne préexiste pas dans la glande.

M. Laemmer.

Pierre Mauriac. ***La fonction glycolytique du poumon*** (*Revue française d'Endocrinologie*, tome II, n° 4, Août 1924). — Le problème que reprend M. est celui que posait déjà Claude Bernard, ayant constaté en 1855 que si le sang arrivant au foie ne contenait aucune trace de sucre, le sang sortant du foie en contenait des quantités considérables et que, inversement, si le sang arrivant aux poumons apportait avec lui du sucre, celui-ci sortant des poumons n'en avait plus traces. Un an plus tard Chauveau démontrait que la destruction du sucre se faisait au niveau des capillaires de la grande circulation et Cl. Bernard délaissait l'étude de la glycolyse pulmonaire.

Le dosage du sucre dans le sang à l'arrivée et à la sortie d'un organe présentant de grandes difficultés, M. s'est adressé à d'autres expériences dont les conclusions sont :

1° La suppression de la fonction pulmonaire s'accompagne toujours d'une exagération du sucre sanguin.

2° Le tissu pulmonaire est doué d'un pouvoir glycolytique très énergique.

3° Le sang en traversant le poumon acquiert un pouvoir glycolytique plus marqué.

4° Le poumon ayant une souplesse fonctionnelle considérable permet de supposer l'existence de cellules spécialisées à la fonction glycolytique sans pouvoir les préciser plus nettement.

5° Au point de vue intérêt pratique, la fonction glycolytique du poumon montre l'intérêt réel de l'exercice respiratoire chez l'obèse, l'uricémique et le diabétique.

Marcel Laemmer.

ANNALI DI CLINICA MEDICA E DI MEDICINA SPERIMENTALE

(Palerme)

U. Soli. ***Lésions artérielles des animaux et artériosclérose humaine*** (*Annali di Clinica medica e di Medicina sperimentale*, fasc. 2, 15 Juillet 1924). — S. passe en revue les recherches faites sur les lésions artérielles et particulièrement aortiques des animaux domestiques et cherche à savoir si elles sont ou non identiques aux lésions de l'artériosclérose humaine. Deux ordres d'altérations artérielles sont spécialement intéressants par leur fréquence; les unes sont déterminées chez le cheval par le *Sclerostoma equinum*; les autres, intéressant l'aorte du chien, relèvent du *Spiroptera sanguinolenta*. S. examine ensuite divers travaux concernant des lésions artérielles de cause mal connue, chez le bœuf, le cheval, le lapin, d'autres espèces animales.

Il expose ensuite le résultat de ses recherches personnelles dans 10 cas de lésions à *Spiroptera* chez le chien. Les rapports constants relevés entre la localisation des parasites et celle des lésions de l'aorte imposent la notion de cause à effet entre les premiers et les secondes. L'adventice et la tunique moyenne sont infiltrées par des leucocytes et renferment des foyers hémorragiques et nécrotiques, la néoformation conjonctive aboutit au tissu cicatriciel. Il s'agit, en somme, de réactions inflammatoires dues au parasite ou à des substances élaborées par lui. La prolifération de l'intima n'est que secondaire, jamais elle n'a lieu indépendamment des foyers parasitaires, jamais on ne relève de calcification ni de dégénerescence graisseuse; aussi ces lésions diffèrent-elles des lésions de l'artériosclérose humaine.

L. Cotoni.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

H. Fowelin et P. Bode. ***Hernie étranglée du cordon ombilical guérie par la cure radicale faite 9 heures après l'accouchement*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 35, 29 Août 1924). — On distingue 2 types de hernies ombilicales congénitales : les hernies considérables, véritables éventrations par absence de développement de la paroi abdominale, s'accompagnant d'ectopies viscérales et souvent d'autres malformations, d'un pronostic très grave, et les hernies de volume moyen, où la paroi abdominale ne manque que sur une petite étendue et qui ne contiennent que quelques anses intestinales; dans ce cas, le pronostic n'est pas mauvais si l'opération est faite précocement.

Le cas relaté ici appartient au second type. L'enfant, par ailleurs normalement conformé, présentait accolé à l'origine du cordon une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, recouverte ainsi que le cordon par l'amnios, et d'une coloration rouge lilacé qui alla en s'accentuant, indiquant un étranglement. L'opération ne put être pratiquée que 9 heures après la naissance. La paroi très mince de la hernie était constituée par l'amnios doublé du péritoine; le contenu était constitué par 2 anses grêles et le cæcum adhérant solidement au sac herniaire, le tout fortement étranglé. L'intestin fut rentré dans la cavité abdominale et la paroi du ventre simplement suturée. Les suites opératoires furent très simples, bien qu'une hémorragie intestinale se soit produite 2 jours après l'opération.

La mortalité opératoire dans les cas de ce genre atteint 23 pour 100. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'opération est exécutée plus simplement, plus rapidement, avec la perte de sang la plus réduite, et plus précocement avant que le contenu de l'intestin ait été envahi par les bactéries.

P.-L. Marie.

F. Kauffmann. ***Fréquence de certains troubles subjectifs et importance de certains antécédents chez les hypertendus*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 36, 5 Septembre 1924). — Si une hypertension considérable peut exister sans donner lieu à aucun signe subjectif, on rencontre souvent toute une série de troubles de cet ordre qui sont encore peu mis en évidence. En premier lieu, des migraines, fréquemment de type ophtalmique, qui remontent souvent à l'enfance et qui témoignent d'un état d'angio-spasme local comme l'hypertension traduit un angiospasme général. Il faut les distinguer des céphalées paroxystiques des azotémiques. On peut en rapprocher la céphalée matinale (Rénon, Vaquez), d'autant plus marquée que le malade a prolongé son sommeil. Les accès d'angiospasme peuvent atteindre d'autres territoires vasculaires, donnant lieu à de l'amaurose transitoire, à de l'aphasie passagère, à des crampes ou des paresthésies, siégeant aux extrémités, enfin au vertige survenant par accès, symptôme si fréquent chez les hypertendus et lié vraisemblablement à des troubles vaso-moteurs comme l'indique son amélioration par la diurétine, tandis que le vertige persistant reconnaît plutôt pour cause une lésion cérébrale en foyer.

Des états spasmodiques vasculaires analogues semblent bien être à la base des douleurs rhumatoïdes dont se plaignent les hypertendus; elles atteignent des régions variées (nuque, lombes, extrémités), ont une prédominance matinale, sont influencées par les changements de temps, souvent accrues par le froid et s'améliorent par divers médicaments vasculaires (trinitrine, diurétine, caféine).

La température influe nettement sur l'état général des hypertendus, ainsi que le prouve la répartition saisonnière des hémorragies cérébrales; le printemps et l'automne constituent pour eux une période critique. Alors que les hypertendus à sclérose rénale secondaire sont des fanatiques de la chaleur, beaucoup d'hypertendus essentiels évitent cette dernière qui les incommode, augmente leurs troubles et leur pression.

Certaines modifications de caractère s'observent fréquemment chez les hypertendus : sensation d'insuffisance, diminution de l'énergie et de l'intérêt apportés au travail habituel, perte de la mémoire, irritabilité extrême. La fatigabilité rapide dans le travail physique et intellectuel s'observe souvent; plus caractéristique est la fatigabilité spéciale de certains membres (du bras gauche chez des pianistes, par exemple). Le plexus brachial gauche se montre souvent sensible à la pression, indice d'hyperalgésie latente, et les capillaires de la main gauche peuvent être plus rétrécis qu'à droite; la recherche de l'hyperémie provoquée du bras donne des résultats différents à droite et à gauche, indiquant un tonus exagéré des petits vaisseaux.

Il faut mentionner encore l'oligodipsie et le peu de tendance à la fièvre lors des infections légères, la fréquence des palpitations qui paraît relever de l'instabilité vaso-motrice créant des perturbations circulatoires.

Ces divers symptômes considérés isolément sont peu caractéristiques, mais on les retrouve d'ordinaire associés dans le passé des hypertendus et leur ensemble est vraiment très frappant. Ajoutons-y les antécédents héréditaires tels que les morts par apoplexie, l'artériosclérose, les décès prématurés des parents. Toutes ces données tendent à réduire singulièrement le rôle des altérations rénales comme facteur primitif de l'hypertension.

P.-L. Marie.

F. Sauerbruch. ***Infection des plaies, guérison des plaies et alimentation*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 38, 19 Septembre 1924). — La bactériologie seule ne permet pas de résoudre la prothèse de l'infection. Entre la piqûre suivie de septicémie mortelle et les modifications infectieuses torpides des tissus, telles que le phlegmon ligneux, existent tous les intermédiaires dont la cause nous échappe encore. Disposition restera un vain mot pour expliquer l'évolution des infections des plaies tant qu'on ne la basera pas sur des données concrètes. S. montre qu'une de ces données est représentée par les caractères spéciaux conférés aux tissus par le mode d'alimentation.

Les médecins du Moyen âge avaient déjà reconnu l'heureuse influence de certains régimes sur l'évolution des blessures (régime carné et vin). A la suite de guérisons inespérées obtenues chez des malades porteurs de foyers suppurants, qui, dégoûtés du régime lacto-végétarien, avaient jeûné plusieurs jours, puis avaient reçu en abondance de la viande, de la bière, du fromage, S. a étudié méthodiquement l'influence de l'alimentation sur l'évolution des plaies infectées. On sait combien la réaction des milieux de culture artificiels a d'importance pour le développement des bactéries. Beaucoup d'espèces, en particulier celles qui habitent les plaies, prospèrent sur un milieu alcalin beaucoup mieux que sur un milieu acide. On a constaté, d'autre part, que dans les territoires enflammés, les tissus et les humeurs devenaient acides. Cette acidose locale, qui s'accompagne d'une diminution de la réserve alcaline du sang chez les suppurants, ne serait pas, d'après S., l'expression d'une altération organique par le processus inflammatoire, mais représenterait le stade préliminaire de la guérison. Aussi S. a-t-il soumis des malades atteints de plaies infectées, les uns à un régime acide (viande, acide phosphorique), les autres à un régime riche en alcalins (végétaux, bicarbonate de soude). Avec le premier, il a vu la sécrétion des plaies diminuer, les granulations devenir fermes, les plaies se rétréeir, leur odeur disparaître, le nombre des bactéries aller en s'abaissant, les bacilles pyocyaniques diphtéroïdes et *Proteus* disparaissent, tandis que les streptocoques et les staphylocoques se montrent plus persistants. Au contraire, le régime alcalin provoque la sécrétion des plaies, le gonflement des granulations, parfois même une exsudation fibrineuse, de l'infiltration périphérique, une odeur fade; l'épithélium néoformé, dans ces conditions défavorables, se détache, si bien que la plaie s'agrandit; le nombre des germes augmente; la flore devient très variée, les bacilles anaérobies, pyocyaniques, diphtéroïdes et *Proteus* se mettent à pulluler. Enfin on peut avoir le tableau de la pseudo-diphtérie des plaies et il est probable que ces conditions favorisent aussi le développement du bacille diphtérique; S. incrimine l'alimentation végétarienne et restreinte de la fin de la guerre pour expliquer la fréquence de la diphtérie des plaies observée à cette époque.

P.-L. Marie.

H. Selheim. ***Les rapports entre le fœtus et la mère basés sur les relations endocriniennes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 38, 19 Septembre 1924). — Pendant la gestation la mère et l'enfant, tout en conservant leur indépendance, se développent, selon S., comme les parties d'un même organisme, grâce à l'échange de leurs sécrétions internes. L'incitation qui détermine le développement des organes maternels et leur fonctionnement intensif émane de l'enfant qui le règle suivant ses besoins ; la croissance du fœtus éveille un écho dans l'organisme maternel qui, de son côté, active le développement de l'enfant, tout au moins dans certaines de ses parties.

Abderhalden avait déjà montré que le passage chez la mère de produits provenant du placenta, organe étranger à elle, provoquait l'apparition de « réagines » dirigées contre le placenta. Étendant ces recherches, Luttge a récemment mis en lumière les faits suivants : non seulement le sang de la mère, mais encore celui du fœtus *in utero*, réagit vis-à-vis du placenta; le sang maternel réagit sur le testicule lorsqu'un garçon se trouve dans l'utérus ; le sang du fœtus mâle *in utero* réagit sur le testicule ; enfin, la réaction vis-à-vis du placenta et du testicule disparaît dès que la naissance est venue séparer le sang de l'enfant de celui de la mère. Le placenta étant un organe fœtal, si le sang de l'enfant réagit sur lui, c'est qu'il y a eu apport des réagines élaborées par la mère. De même et encore plus indiscutablement, la réaction du sang maternel vis-à-vis du testicule prouve le passage des produits endocrines de l'organe de l'enfant chez la mère où ils suscitent des réagines qui passent à leur tour dans le sang fœtal.

Il y a donc réciprocité d'échanges de substances spécifiques entre la mère et l'enfant. De quelle nature sont-elles ? Pour S. il s'agit d'hormones véritables, ce que prouveraient en particulier la réaction du sang maternel vis-à-vis du testicule et aussi les modifications dont est le siège l'organisme de la mère, sorte de croissance « induite » de tous les organes, qui se manifeste surtout au niveau de la musculature abdominale et des os du bassin, se traduisant par un rajeunissement de l'organisme maternel provoqué par les hormones du fœtus. Réciproquement l'hypertrophie relative de l'utérus chez le nouveau-né, celle des surrénales et des glandes mammaires chez les mâles, témoigneraient de l'action des hormones maternelles sur le fœtus.

P.-L. Marie.

H. Kürten. ***La décapsulation du rein au cours des néphrites aiguës n'agit-elle pas en tant que thérapeutique irritative générale non spécifique?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 39, 26 Septembre 1924). — On n'a pas encore fourni d'explication satisfaisante des brillants résultats que donne souvent la décapsulation du rein dans les néphrites aiguës. Harrison, le promoteur de cette intervention, les attribuait à la libération du rein gonflé et étranglé dans sa capsule. Mais les simples scarifications faites sur cette dernière, même si on les limite à l'un des deux reins, suffisent à procurer le même bénéfice. Aussi a-t-on invoqué d'autres hypothèses : suppression d'un facteur nerveux (Volhard) qui reste à démontrer, établissement rapide d'une circulation collatérale, etc., toutes conceptions qui se bornent à ne considérer que le rein lui-même.

K. estime que l'effet de ces interventions variées est d'ordre bien plus général que local. Elles agiraient à la façon d'une thérapeutique irritative non spécifique. De fait, après les interventions aseptiques chez le lapin on observe des modifications physico-chimiques des humeurs comparables à celles que provoquent les injections parentérales d'albumines étrangères : diminution du temps de coagulation et de saignement, augmentation du fibrinogène, abaissement de la tension superficielle du sang, etc. On retrouve les mêmes modifications avec les applications de rayons X ; or, l'on sait que récemment des succès ont été obtenus au moyen de la radiothérapie dans le traitement de l'anurie des néphrites aiguës. Il faut rappeler encore que Stanton dit avoir observé les mêmes résultats de la simple incision lombaire profonde que de la décapsulation. La cure de jeûne de Volhard donne parfois de brillants succès. Par le même mécanisme général ces thérapeutiques si diverses aboutiraient au même résultat, le rétablissement de la diurèse.

P.-L. Marie.

A. Wittgenstein et F. Brodnitz. ***Fréquence des affections syphilitiques du cœur et des vaisseaux*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 39, 26 Septembre 1924). — De la statistique établie par W. et B. sur les 40.553 malades (hommes) ayant fréquenté de 1911 à 1923 la policlinique universitaire de la Charité à Berlin, se dégagent les données suivantes :

7,54 pour 100 des sujets présentaient une affection interne d'origine syphilitique, ce qui place la syphilis comme cause morbide au second rang, derrière la tuberculose (15 pour 100).

8 pour 100 des malades étaient en traitement pour une affection cardio-vasculaire, qui, chez 1/5e d'entre eux, reconnaissait une origine syphilitique.

Les affections cardio-vasculaires d'origine syphilitique représentent 1/5e de la totalité des maladies internes dues à la syphilis ; les affections nerveuses également 1/5e.

Il n'est apparu aucun rapport assez évident pour en tirer actuellement des conclusions, entre la syphilis des vaisseaux et les conditions extrinsèques (surmenage physique, profession, etc.).

L'aortite, les anévrismes, les lésions valvulaires revendiquent une part égale des affections cardio-vasculaires, qui est de 1/4 environ, tandis que les scléroses ne représentent que 1/10e des cas et la myocardite 4 pour 100 seulement des cas. Parmi les lésions valvulaires, la fréquence respective de l'insuffisance mitrale, de l'insuffisance aortique, de ces deux lésions combinées est de 57, 39 et 33 pour 100. Environ les 3/4 des insuffisances aortiques sont d'origine syphilitique. Parmi les scléroses, la néphrosclérose vient en tête (1/3 des cas), derrière elle se trouve la sclérose coronaire (11 pour 100 des cas) ; 1/4 des néphroscléroses ont à leur base la syphilis.

Dans 17 pour 100 des cas on relève une association de neuro-syphilis et de manifestations syphilitiques cardio-vasculaires.

La durée moyenne de l'incubation des accidents cardio-vasculaires est de 20 ans et l'âge moyen où ils se montrent est de 48 à 52 ans.

Chez 56 pour 100 des malades l'anamnèse permet de trouver la syphilis ; 11 pour 100 avaient été traités ; 45 pour 100, bien qu'ils connussent l'infection dont ils avaient été atteints, étaient restés sans traitement.

Parmi les 40.553 malades, 4,64 pour 100 avaient un Wassermann positif, parmi ceux qui étaient atteints d'affections cardio-vasculaires syphilitiques, on trouvait une réaction positive chez 66 pour 100, soit les 2/3.

P.-L. MARIE.

F. Kuhn. ***Traitement hémorragique du furoncle*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXI, n° 41, 10 Octobre 1924). — Laewen a déjà préconisé les injections de sang à la périphérie du furoncle. K. recommande la méthode suivante, qui se rapproche de celle de Bier, mais en diffère complètement par son mode d action. Elle consiste à appliquer une ventouse sur le furoncle pendant une heure au moins, davantage si possible. Plus le furoncle est maltraité par l'aspiration, et plus vite il rétrocède. L'aspiration, exercée au moyen d'une poire puissante en caoutchouc, doit être aussi intense que possible, de façon à provoquer des hémorragies dans le furoncle et autour de lui. L'effet obtenu est très frappant, surtout si le furoncle n'est pas trop gros : sédation de la douleur, cessation de la tension, affaissement du furoncle et arrêt de ses progrès.

P.-L. MARIE.

F. Seeger et G. Tidow. ***Recherches cliniques sur une affection curieuse sévissant sur les pêcheurs du Frische Haff*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 42, 17 Octobre 1924). — S. et T. signalent une curieuse affection qui depuis Juillet dernier a frappé plus de 300 personnes habitant les localités situées sur les bords du Frische Haff, vaste lagune s'ouvrant par un pertuis étroit sur la Baltique. Elle atteint presque exclusivement les pêcheurs et les personnes séjournant longtemps sur l'eau. Elle se traduit par des accès à début brusque, par des crampes musculaires violentes et douloureuses siégeant surtout aux mollets, dans les lombes ou la nuque, accompagnées d'une sensation de fatigue intense, rendant la marche pénible ou impossible. Rapidement les douleurs s'étendent à toute la musculature et s'accentuent au point que les sujets les plus énergiques évitent tout mouvement et s'étendent à terre. Les muscles atteints sont très douloureux à la pression et aux secousses. La douleur s'atténue au bout de quelques heures. Pendant les premières heures, le malade n'émet spontanément aucune urine ; si l'on insiste, on n'obtient qu'une petite quantité d'une urine rouge brun foncé abandonnant un sédiment épais, brunâtre. Avec la sédation des douleurs, le patient rend une grande quantité d'urine foncée acide, riche en albumine, renfermant de la méthémoglobine, des cylindres granuleux brunâtres, mais ni pigments biliaires, ni urobiline. Au bout de 24 heures, l'urine a repris sa coloration normale. La fièvre fait défaut ; il existe une leucocytose légère ; la résistance globulaire est normale et le sang ne renferme pas d'hémolysines. Tout symptôme grave a disparu en 24 ou 48 heures, il ne subsiste qu'un léger affaiblissement et une certaine sensibilité à la pression des muscles les plus atteints. Le retour à la santé est très rapide. Les accès peuvent se répéter plusieurs fois de suite, d'ordinaire au bout de 5 à 8 jours. La mort signalée dans 3 cas semblait résulter d'une affection préexistante. L'autopsie a montré chez un malade une dégénérescence grave du parenchyme rénal, avec une insuffisance mitrale ancienne.

La pathogénie de l'affection demeure obscure, S. et T. incriminent surtout une intoxication, peut-être par un poison gazeux que respireraient les pêcheurs sur les eaux de cette lagune aux vases malodorantes. On sait au reste que l'inhalation d'hydrogène arsénié s'accompagne de méthémoglobinurie.

P.-L. MARIE.

K. Kissling. ***A propos de la gangrène pulmonaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 42, 17 Octobre 1924). — Les succès thérapeutiques obtenus dans la gangrène pulmonaire grâce à l'arsénobenzol ont contribué à faire accorder aux spirochètes et aux bacilles fusiformes une grande importance étiologique, déjà soutenue jadis par Plaut, mais que nie K. qui depuis 1911 a mis en évidence le rôle joué par un streptocoque anaérobie, le *Str. putrificus* de Schottmüller, hôte fréquent de la bouche, en particulier des dents cariées, et des sécrétions vaginales. K. l'a rencontré en culture pure lors de l'ouverture chirurgicale de foyers de gangrène pulmonaire, soit par déglutition, soit plus rarement greffée sur des dilatations bronchiques. On le trouve seul dans les caillots phlébitiques des puerpérales qui font des foyers de gangrène pulmonaire. Toutes les infections où on le rencontre seul ont constamment un caractère putride : Bingold le considère comme l'agent presque exclusif de la gangrène pulmonaire d'origine embolique. K. a pu l'isoler constamment dans les 11 cas de gangrène pulmonaire par déglutition et les 4 cas d'empyème putride qu'il a observés récemment, ainsi que dans une série de 23 cas de gangrène pulmonaire d'origine bronchique. Sa culture sur milieu au sang dégage une odeur identique à celle de l'expectoration gangreneuse. Toutes ces constatations conduisent K. à conclure que ce streptocoque joue dans l'étiologie de la gangrène pulmonaire un rôle capital. Par contre, celui des spirochètes et des bacilles fusiformes n'a encore jamais été démontré et on peut rencontrer ces micro-organismes dans des affections pulmonaires dénuées de caractère putride ; leur présence dans les foyers gangreneux est très inconstante et ils paraissent n'être que des saprophytes apportés dans le poumon par les parcelles aspirées. L'argument thérapeutique invoqué est sans valeur, car l'arsénobenzol peut procurer le succès dans des cas où il n'a pas été trouvé de spirochètes.

L'arsénobenzol constitue une conquête précieuse dans le traitement de la gangrène pulmonaire. K. a relevé à son actif sur 44 cas publiés, traités par le médicament, 30 guérisons et 6 améliorations. Sa statistique personnelle, qui porte sur 9 cas, est bien moins brillante : un seul malade a guéri ; dans 2 cas la fétidité a diminué ; dans un autre, il y a eu rechute après amélioration ; l'arsénobenzol semble agir bien plus favorablement lorsque le foyer est central que lorsqu'il siège au voisinage de la plèvre. Sur 7 cas de gangrène opérés pendant la même période, K. a obtenu 4 guérisons. Aussi estime-t-il que si le traitement arsénobenzolé institué précocement n'a pas donné de résultat appréciable, il faut rapidement passer la main au chirurgien, la sérothérapie telle qu'on l'emploie en France lui paraissant de peu de valeur, parce que non spécifique.

P.-L. MARIE.

O. Muck. ***Phénomène vaso-moteur réflexe au niveau de la muqueuse nasale adrénalinée ; sa signification clinique dans différents états morbides*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXI, n° 42, 17 Octobre 1924). — En pulvérisant de l'adrénaline à 1 pour 1.000 sur la muqueuse nasale jusqu'à ischémie, puis en touchant légèrement la région de l'extrémité antérieure du cornet inférieur avec une sonde mousse et en l'examinant au bout de 2, de 5, puis de 15 minutes et de quart d'heure en quart d'heure, M. a constaté des réflexes vaso-moteurs de types divers qui peuvent utilement renseigner sur l'état local du système nerveux végétatif. Tantôt, et c'est là la réaction normale, se produit au niveau des points touchés une rougeur légère et fugace, disparaissant en 5 à 15 minutes sur le fond anémié. Tantôt apparaissent des mouchetures d'un rouge intense et très durable sur le fond ischémié ; cette réaction, qui s'observe chez les asthmatiques, dans la rhinite vaso-motrice, dans le rhume des foins, où elle est de constatation plus difficile à cause de l'inflammation de la muqueuse, témoigne d'une hyperexcitabilité du parasympathique. Tantôt, lorsque l'action de l'adrénaline s'éteint, on voit persister des taches très blanches correspondant aux points touchés par la sonde ; M. a rencontré cette réaction chez tous les sujets atteints de migraine sympathicotonique qu'il a examinés et elle pourrait même servir à affirmer le diagnostic de migraine en cas de céphalée d'origine douteuse ; les deux excitations, pharmacodynamique de l'adrénaline et mécanique de la sonde, s'additionnent alors dans un sens vasoconstricteur, expression d'un tonus sympathique local exagéré.

P.-L. MARIE.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(*Kharkov*)

V. A. Voïnov (de Simféropol). ***L'asthme bronchique et le rôle du calcium dans son traitement*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n° 18-19, 15 Septembre 1924). — V. rapporte 6 cas d'asthme bronchique traités par le chlorure de calcium soit en injections intraveineuses (à la dose de 5 cmc de solution à 5 ou 10 pour 100), soit *per os*, sous forme de solution contenant 8 gr. de chlorure de calcium pour 180 gr. d'eau, et dont on faisait prendre une cuillerée à bouche toutes les 3 heures. Parfois, V. prescrivait, au lieu du chlorure de calcium, le glycérophosphate de chaux en cachets de 0 gr. 50, à prendre 3 fois par jour.

En se basant sur ses observations personnelles et sur les données consignées dans la littérature médicale, V. arrive à conclure que l'efficacité de la calcithérapie n'est pas constante. Les succès répondent, sans doute, aux formes où l'asthme relève d'une teneur insuffisante du sang en calcium.

Ce qui est à retenir, c'est que les préparations de calcium peuvent être utilisées non seulement pour « couper » les accès, mais encore à titre préventif.

Pour ce qui est du mode d'emploi, V. serait enclin à donner la préférence aux injections intraveineuses. Il reconnaît, cependant, que l'usage de sels de chaux par voie buccale mérite aussi d'être mis en pratique, surtout dans les phases tardives du traitement, lorsque l'état asthmatique est déjà vaincu.

L. CHEINISSE.

A. L. Rousso (de Kharkov). ***Traitement de l'érysipèle par le bleu de méthylène*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome VII, n° 18-19, 15 Septembre 1924). — Dans 48 cas d'érysipèle (de la face et d'autres parties du corps), R. a eu recours aux applications de bleu de méthylène, préconisées par Nobécourt.

Le procédé consiste à badigeonner, matin et soir, la région malade, en empiétant quelque peu sur les parties saines avoisinantes, avec une solution aqueuse de bleu de méthylène à 5 pour 100.

Si le traitement a été institué à temps, ces applications amènent généralement la défervescence dès le lendemain, la température ne présentant plus que de faibles oscillations pendant un jour ou deux, pour revenir ensuite définitivement à la normale. Dans 3 cas seulement, où l'érysipèle s'étendait presque aux deux tiers du corps et où les badigeonnages n'étaient, d'ailleurs, pas faits assez soigneusement, la chute de la température a subi un retard de deux ou trois jours.

Localement, les phénomènes inflammatoires disparaissent très rapidement et la marche progressive du processus se trouve arrêtée dès le premier ou le second badigeonnage.

Parallèlement à la défervescence et à l'atténuation des altérations locales, l'état général du patient subit une prompte amélioration.

Aussi R. considère-t-il le bleu de méthylène comme un des remèdes les plus efficaces contre l'érysipèle. Il insiste particulièrement sur l'absence de complications et de récidives, notée dans ses 48 observations.

L. CHEINISSE.

Ya. L. Leibovitch (de Moscou). ***Traitement de l'asphyxie du nouveau-né par l'injection intra-ombilicale d'adrénaline*** (*Vratchebnoïé Délo*, t. VII, n° 18-19, 15 Septembre 1924). — Partant de cette considération que la veine ombilicale constitue, chez le nouveau-né, une voie commode d'accès au cœur, L. a eu l'idée de l'utiliser pour le traitement de l'asphyxie du nouveau-né par l'injection intraveineuse d'adrénaline.

Voici quel est le procédé adopté par L. :

Avec l'asepsie la plus rigoureuse, on coupe, au moyen de ciseaux, un fragment du cordon ombilical lié ; après avoir badigeonné d'alcool ce qui reste du moignon, on en exprime le contenu, et, sans desserrer les doigts, on introduit dans la veine ombilicale l'extrémité d'une seringue (sans aiguille) et l'on injecte 2 cmc d'eau salée physiologique stérilisée, additionnée d'une goutte de solution usuelle d'adrénaline (à 1 pour 1.000). Cela fait, on lie le cordon.

L. a employé avec succès ce procédé dans 2 cas de mort apparente, où tous les moyens usuels avaient été vainement essayés : sous l'influence de l'injection intra-ombilicale d'adrénaline, on a vu le cœur reprendre son activité, et les enfants ont pu être ramenés à la vie.

Dans un 3e cas, le résultat fut moins brillant : l'injection amena bien une amélioration de l'activité cardiaque, mais les mouvements respiratoires ne s'établirent point et, au bout d'une demi-heure, les battements du cœur cessèrent. L. serait porté à croire que, dans ce cas, l'injection avait été faite trop tard.

L. CHEINISSE.



THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

E. P. Joslin (de Boston). ***Le problème diabétique d'aujourd'hui*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 10, 6 Septembre 1924) — J. attire l'attention tout d'abord sur l'augmentation de la fréquence du diabète que l'on constate aux Etats-Unis. Cette augmentation peut tenir non pas tant aux nouveaux cas qu'au soin plus grand que l'on met aujourd'hui à dépister le diabète. Deux autres facteurs interviennent encore : la survie du diabétique est devenue plus longue et la durée moyenne de la vie en général a augmenté. Or, si l'on tient compte de ce fait que le diabète est 15 fois plus fréquent parmi les sujets âgés de plus de 40 ans qu'au-dessous de cet âge, on comprend qu'avec les progrès de la longévité la fréquence du diabète est appelée à augmenter. Déjà à l'heure actuelle, à Boston et à New-York, 1 décès sur 60 est dû au diabète. Il importe donc d'entreprendre une lutte prophylactique contre le diabète, en cherchant surtout à prévenir l'obésité et en dépistant le diabète parmi les femmes obèses et aussi parmi les juifs, qui sont particulièrement exposés au diabète en raison de la fréquence parmi eux de l'obésité.

Abordant la question de l'insuline, J. insiste sur le rôle éducatif considérable que l'emploi de ce remède a joué en amenant malades et médecins à reconnaître la valeur du régime diététique, qui, à lui seul, suffit pour nombre de diabétiques d'âge avancé. Lorsque ces malades soumis au traitement par l'insuline suivent rigoureusement le régime prescrit, ils sont souvent surpris de constater qu'ils peuvent parfaitement se passer de leur insuline. Un quart des patients de J., traités par l'insuline, ont pu ultérieurement abandonner le médicament et se trouver fort bien du régime seul.

Sur 127 malades traités par l'insuline en raison de la gravité particulière de leur état et chez lesquels la durée moyenne du traitement a été de 18 mois, on a compté 23 décès. Le coma a emporté 9 malades, mais 2 seulement de ces décès sont survenus à l'hôpital, les 7 autres étant dus à une application défectueuse du traitement. Dans les 14 autres décès, une affection cardio-rénale ou une pneumonie sont intervenues 4 fois chacune; la septicémie, la méningite, l'érysipèle, la tuberculose, des abcès multiples, l'occlusion intestinale (chez une femme de plus de 80 ans) furent respectivement la cause d'un des 6 autres décès. L. Cheinisse.

S. Harris (de Birmingham). ***Hyperinsulinisme et dysinsulinisme*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 10, 6 Septembre 1924). — Sous le nom d'*hyperinsulinisme*, H. entend l'état morbide (peut-être est-ce même une véritable entité morbide) qui se caractérise par des phénomènes d'hypoglycémie.

Il est probable qu'une des causes de l'hyperinsulinisme réside dans l'ingestion excessive d'aliments fournissant le glucose et que, comme conséquence de cette hyperactivité par auralimentation, les îlots de Langerhans finissent par s'épuiser, entraînant ainsi de l'hypo-insulinisme ou diabète.

Il se peut que la faim liée à l'hyperinsulinisme soit la cause de suralimentation, d'où l'obésité qui si fréquemment précède le diabète.

De même que la sensation exagérée de faim constitue un symptôme d'hypoglycémie, de même la faim normale est, peut-être, l'expression d'un besoin de glucose : elle ne témoignerait pas simplement de l'état de vacuité de l'estomac, mais serait, pour une part ou entièrement, d'origine pancréatique.

Il se peut aussi que, dans les cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, il coexiste des troubles pancréatiques et que les repas fréquents qui procurent aux malades un soulagement agissent en fournissant du glucose pour satisfaire les besoins des îlots de Langerhans en hyperactivité. Dans un cas d'ulcère peptique, H. a effectivement trouvé le taux du sucre sanguin inférieur à la normale.

D'autre part, chez tous les sujets non diabétiques présentant des symptômes d'hypoglycémie, sauf deux, H. a noté un abaissement de la tension artérielle, ce qui laisserait supposer qu'à l'hyperinsulinisme peut être associé de l'hypo-adrénalinisme.

Le *dysinsulinisme*, qu'il se traduise par une augmentation ou par une diminution de la sécrétion d'insuline, peut être consécutif à une infection ou à un traumatisme du pancréas. L. Cheinisse.

R. M. Wilder (de Rochester). ***Régimes « optima » pour malades diabétiques*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 10, 6 Septembre 1924). — De petites quantités d'acétose peuvent être excrétées par des diabétiques lorsque le rapport entre les molécules cétogènes (acides gras) et les molécules cétolytiques dans le mélange alimentaire soumis au métabolisme est inférieur à 2 : 1. Dans pareilles conditions, l'excrétion journalière de corps acétoniques, encore que suffisante pour que l'urine réagisse de manière faiblement positive au nitro-prussiate de soude ou au perchlorure de fer, dépasse rarement 1 gr. Cliniquement, elle est peu importante. Mais, lorsque le rapport moléculaire en question se trouve dépassé, on voit rapidement se développer une cétonurie grave. Le seuil de la cétogenèse est donc constitué par le rapport moléculaire de 2 : 1.

En présence de complications aiguës, ce seuil peut se trouver abaissé, et il est prudent, en pareille occurrence, de donner au diabétique plus d'hydrates de carbone et moins de graisses.

Bien que l'introduction de l'insuline dans la thérapeutique du diabète ait obvié à la nécessité d'une restriction très rigoureuse des hydrates de carbone, les considérations sur le rapport cétogène gardent leur valeur dans l'établissement des régimes convenant aux diabétiques dont l'état commande l'emploi de l'insuline.

Mais ni la rigueur du régime, ni les doses administrées d'insuline ne doivent dépasser les besoins individuels du patient. L. Cheinisse.

W. F. Rienhoff (de Baltimore). ***Fistule artério-veineuse congénitale, étude embryologique, avec relation d'un cas*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 10, 6 Septembre 1924). — Le fait rapporté par R. a trait à un jeune homme de 20 ans, qui fut admis au « Johns Hopkins Hospital » pour une tumeur pulsatile du côté gauche du cou. L'examen fit porter le diagnostic de fistule artério-veineuse congénitale entre l'artère carotide externe et la veine jugulaire externe.

L'intervention montra un tronc veineux énormément dilaté, animé de pulsations et mesurant environ 4 cm. de diamètre : c'était la veine jugulaire externe, dans laquelle on pouvait constater un mélange de sang artériel et de sang veineux. L'artère carotide commune, très dilatée, mesurait 3 cm. de diamètre. La carotide interne était petite, et la carotide externe fortement dilatée. Il n'existait pas de veine jugulaire interne. La dissection mit en évidence 8 communications fistuleuses entre la carotide externe et la veine jugulaire externe anormale.

La multiplicité de ces communications fistuleuses, jointe à la présence d'une veine jugulaire externe anormale et à l'absence de veine jugulaire interne, fit penser que la perturbation du mécanisme vasculaire pouvait être due, en l'espèce, à la persistance du type embryonnaire de la circulation. De fait, les recherches embryologiques instituées par R. confirmèrent cette hypothèse.

Le cas en question serait le premier de ce genre qui fut opéré avec succès et guéri par l'intervention. Il serait aussi le seul où des communications fistuleuses multiples aient été constatées à l'opération. L. Cheinisse.

W. J. Mayo (de Rochester). ***Certaines dyscrasies sanguines relevant de conditions pathologiques de la rate*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXXIII, n° 11, 13 Septembre 1924). — Basé sur 255 splénectomies effectuées à la « Mayo Clinic », le présent travail est un plaidoyer en faveur de l'ablation de la rate toutes les fois que la splénomégalie chronique devient une menace pour l'organisme.

A la « Mayo Clinic », l'opération a été effectuée 98 fois pour anémies spléniques. La mortalité opératoire dépend beaucoup de la nature des cas. On peut l'évaluer à 10 pour 100, limitée presque entièrement aux patients arrivés à la phase terminale de la maladie, lorsque le foie est compromis tout aussi bien que la rate. Malgré ces risques, on ne saurait se refuser à intervenir, parce que, même dans les formes terminales, nombre de malades guérissent et survivent pendant des années.

Sur 51 splénectomies pour ictère hémolytique, on a compté 3 décès à l'hôpital, dont un seul directement lié à l'opération. Les résultats sont ici remarquables : l'ictère s'efface en quelques jours, l'anémie disparaît rapidement et le patient se trouve bientôt guéri de manière définitive.

On a pratiqué à la « Mayo Clinic » 61 splénectomies pour anémies pernicieuses, avec 3 morts dans les 19 premiers cas, où l'opération avait été effectuée dans les phases terminales de la maladie et sans préparation appropriée. Par contre, aucun décès ne fut enregistré dans les 42 autres cas où les patients avaient été dûment préparés par transfusion de sang. Les effets thérapeutiques de l'intervention furent de beaucoup supérieurs à ceux que l'on obtient avec la transfusion ou avec n'importe quel autre moyen de traitement. Près de 22 pour 100 des opérés ont vécu 2 fois 1/2 plus longtemps que les malades non spléuectomisés ; près de 10 pour 100 ont survécu pendant plus de 5 ans et ont pu travailler.

Dans les types aplastiques de l'anémie pernicieuse, et surtout chez les sujets âgés et qui ne conviennent guère à l'opération, l'amélioration que l'on peut espérer ne vaut pas les risques à courir. Mais, dans les formes plus chroniques de la maladie et chez les sujets jeunes, la splénectomie est relativement peu dangereuse et mérite d'être sérieusement prise en considération.

La splénectomie a aussi été pratiquée avec succès dans un cas de polycythémie (maladie de Vaquez), ainsi que dans 4 cas de purpura chronique.

Enfin, on a également eu recours à l'ablation de la rate dans 31 cas de leucémie splénomyélogène, après que le volume de la rate eut été réduit par les rayons de Röntgen ou par le radium. Un des opérés succomba au 14e jour à une embolie pulmonaire accidentelle ; 3 furent suffisamment débarrassés de leurs troubles pour pouvoir travailler pendant plus de 5 ans, et 8 pendant plus de 3 ans. Les autres bénéficièrent d'une amélioration passagère, dont la durée varia d'un à deux ans. M. estime que, dans certains cas à évolution chronique et après due préparation par le radium, la splénectomie peut trouver ses indications. L. Cheinisse.

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY (New York)

J. F. Baldwin. ***Les morts au cours de l'anesthésie : quelques causes évitables*** (*American Journal of Surgery*, tome XXXVIII, n° 8, Août 1924). — B. discute dans son article, en se basant sur les cas de mort au cours de l'anesthésie qu'il a eus dans sa pratique, la question, qui fut très controversée en Amérique, de l'emploi d'un anesthésiste ou d'une nurse strictement spécialisés dans cette fonction. Rarement, on rapporte les cas d'anesthésie suivie de mort avec assez de détails pour en connaître les causes exactes, mais le rôle de l'anesthésiste entraîné apparaît comme capital pour en réduire le nombre.

Salzer, le principal anesthésiste de Cincinnati, est d'avis que l'anesthésie doit être confiée à des médecins, qui, l'après-midi et le soir soignent leurs malades, ce qui est préférable à l'emploi d'un personnel paresseux et routinier, cristallisé dans une fonction toujours la même.

Black discute la distraction fréquente du médecin anesthésiste, plus préoccupé d'inspecter le champ opératoire que de surveiller son malade, et l'oppose à l'attention habituelle d'une nurse entraînée, experte dans l'administration de l'anesthésique.

Les chirurgiens américains les plus réputés, Deaver, Crile, les Mayo ont des nurses habiles, expertes comme anesthésistes, lesquelles donnent toute confiance aux malades; les morts sont exceptionnelles.

Cette question des nurses fut très débattue, des campagnes ayant été menées pour obtenir leur suppression. B. était opposé d'abord à l'emploi des nurses, malgré 13 morts qu'il eut à déplorer dont 3 avec le protoxyde d'azote. Mais il est d'avis actuellement que les nurses spécialisées, instruites en particulier à l'Ecole des Infirmières anesthésistes de New-York, donnent le maximum de sécurité.

Il rapporte brièvement, sans préciser les détails, 10 cas mortels dont 9 sont attribués par lui au manque de soin et d'attention de l'anesthésiste, même avec emploi des appareils automatiques qui aboutissent trop souvent à l'anesthésiste-spectateur qui s'endort quand l'intervention manque d'intérêt et n'est parfois réveillé que par la chute de son appareil. J. Braine.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Prof. H. Verger. ***Le syndrome hémibradykinétique*** (*Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CI, n° 19, 10 Octobre 1924). — Dans la très grande majorité des cas, les symptômes bradykinétiques sont bilatéraux et symétriques. Ce syndrome peut cependant avoir une localisation rigoureusement unilatérale, et V. en relate 3 observations. Ces faits ne sont d'ailleurs pas exceptionnels.

Les membres atteints ne sont pas paralysés, mais si l'on étudie les mouvements, on note la difficulté de la mise en train, la lenteur du mouvement, qui est anormalement fatigant et ne peut se prolonger.

Il semble que la plupart de ces cas doivent être rapportés à l'encéphalite épidémique, à côté de ceux qui relèvent de la maladie de Parkinson ou de cérébro-sclérose lacunaire.

Le pronostic est certainement plus favorable que dans la bradykinésie commune; il doit néanmoins être réservé, car on sait qu'il s'agit d'un stade évolutif et non d'un reliquat de la maladie, et V. cite un cas dont l'évolution fut nettement défavorable.

L. Rivet.

Hesnard. ***L'état mental dans le syndrome bradykinétique*** (*Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CI, n° 19, 10 Octobre 1924). — Cet état peut être caractérisé en partant de l'analyse des troubles moteurs.

Chez ces sujets atteints de viscosité motrice, on note d'une part la réduction des fonctions d'expression émotionnelle, et, d'autre part, la difficulté de l'exécution motrice volontaire.

La mémoire est intacte, mais les souvenirs sont plus ou moins lents à évoquer et encore plus longs à appliquer pratiquement. L'attention spontanée, réflexe est parfaite (stupeur lucide), mais pour l'attention réfléchie, l'étude des tests montre combien elle est lente et pénible (bradyphrénie). Les malades n'ont aucun trouble du jugement, du sens critique.

Ce qui est touché dans leur état mental, c'est le mouvement psychique lui-même, le courant de la pensée : ils éprouvent presque autant de difficulté à penser qu'à remuer. Aussi, livrés à eux-mêmes, n'ont-ils aucune envie de penser. Leur activité intellectuelle est engourdie comme leurs muscles. Ils sont obligés de vouloir constamment leur pensée. Ils sont atteints de bradypraxie ou de bradykinésie psychique.

Ils paraissent impassibles, ayant perdu les fonctions d'expression de leurs émotions supérieures, mais ils n'ont pas perdu leurs émotions. Au début, souvent ils s'affligent de leur état, de leur déchéance. Mais ceci exige un effort dont ils sont de moins en moins capables. Si bien que la plupart arrivent vite à l'indifférence. Chez certains, cependant, cet engourdissement émotionnel fait place à une sorte d'irritabilité permanente, d'état hargneux, et l'on peut observer aussi une activité émotionnelle paradoxale, à l'occasion surtout d'une violente émotion.

Ce syndrome mental post-encéphalitique est habituellement stationnaire pendant des années ou lentement progressif, et les cas régressifs sont exceptionnels. Dans la maladie de Parkinson, au contraire, il est à peine ébauché. Chez les lacunaires, il est également atténué, et, dès qu'il s'affirme, il atteint vite la mentalité entière et se complique d'amnésie.

A côté de cet état mental, on peut d'ailleurs observer des complications psychopathiques : états démentiels, perversions instinctives acquises, états hystéroïdes surajoutés.

L. Rivet.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Sigmund Wassermann. ***D'un trouble respiratoire non encore remarqué au cours de l'angine de poitrine (la dyspnée aortique)*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 37, 11 Septembre 1924). — Dans l'angine de poitrine, on connaît déjà plusieurs types de troubles respiratoires. Tout d'abord, au cours même de la crise, les malades retiennent souvent leur respiration, comme l'avait déjà remarqué Heberden : c'est une réaction antalgique. D'autre part, les angineux font souvent, par la suite, du Cheyne-Stokes, de l'œdème pulmonaire ou de l'asthme cardiaque, tous signes d'insuffisance cardiaque. W. pense qu'il faut, en outre, décrire un type particulier de dyspnée, qui accompagne la crise angineuse, qui la précède ou l'annonce quelquefois, qui, d'autres fois, se produit seulement au moment de son acmé, dyspnée pénible, perçue par le malade, sensation, tantôt de soif d'air, tantôt d'obstacle à la respiration, qui peut ou non s'associer à l' « oppression » et à l'angoisse. Or on ne relèverait chez les malades qui en sont atteints aucun signe d'insuffisance ni de dilatation cardiaques. Aussi W., élève de Wenckebach, pense qu'elle est directement liée à la lésion de l'aorte, et en particulier de la portion initiale de l'aorte ascendante. Ce serait, non plus une dyspnée pulmonaire ou asphyxique, liée à l'excitation du bulbe par les gaz du sang, mais une dyspnée véritablement « aorticobulbaire » déclenchée par un mécanisme réflexe. Le nerf dépresseur de Cyon serait la voie centripète commune de ce réflexe dyspnéique et du réflexe vaso-moteur qui caractérise l'angor elle-même. Et ce qui le montre bien, c'est que, chez un homme de 50 ans dont W. rapporte l'histoire, la section du nerf dépresseur (opération de Eppinger-Hofer), faite par Hofer, a amené la sédation à la fois des crises douloureuses (d'effort et de décubitus) et des crises dyspnéiques.

Outre le cas opéré, W. rapporte 4 observations du type de dyspnée qu'il décrit, dont une chez une jeune fille de 16 ans atteinte d'insuffisance aortique rhumatismale. Il invoque également, à l'appui de sa thèse, un cas de Kaufmann, qui considérait le processus angineux comme un mécanisme de défense contre le déclenchement de l'œdème pulmonaire. Il attribue le même mécanisme réflexe non seulement à la dyspnée qui accompagne l'angine de poitrine, mais encore à certains « asthmes aortiques », et peut-être à certaines dyspnées qui accompagnent les tachycardies paroxystiques.

J. Mouzon.

Prof. Hans v. Haberer (d'Innsbrück). ***Le mode de fermeture dans les opérations sur les voies biliaires*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 39, 25 Septembre 1924). — Faut-il toujours drainer après les opérations sur les voies biliaires ? Beaucoup de chirurgiens le pensent, parce qu'ils craignent les cholerragies secondaires, même après les opérations les plus simples et les mieux réglées. V. H. défend, depuis plusieurs années, l'opinion contraire. La fermeture sans drainage raccourcit les suites opératoires, qui ne durent pas plus de 15 jours (si l'on met un drain, il ne faut pas l'enlever avant le 6e jour, si l'on ne veut pas être exposé à une cholerragie tardive), diminue les risques d'adhérences, ainsi que les dangers d'embolie. D'autre part, le drainage expose à une complication rare, mais fort grave, que v. H. a observée deux fois, et qui a été également rencontrée, à sa connaissance, par d'autres chirurgiens. Il s'agit d'une nécrose ulcérative du tronc de l'artère cystique par le pus avec hémorragie mortelle ; cette complication n'a été observée que dans les cas drainés et v. H. en rapporte une observation détaillée.

Mais la fermeture sans drainage doit être réservée à des cas bien déterminés : cholécystectomies sans calcul et sans lésions inflammatoires des voies biliaires profondes, cholécystentérostomies, cholédochoduodénostomies, opérations sur les voies biliaires associées à des résections gastriques ou duodénales. Les inflammations de la vésicule biliaire elle-même, voire l'empyème, ne contre-indiquent pas la fermeture sans drainage, mais la péricholécystite, l'ictère commandent le drainage.

Bien entendu, la fermeture sans drainage exige une technique opératoire impeccable, en particulier de grandes précautions dans les manœuvres exercées sur le ligament hépato-duodénal et sur le canal cystique, des ligatures qui ne lâchent pas, une suture très soignée du ligament hépato-duodénal au-dessus des voies biliaires profondes et de l'artère cystique, les plus grands ménagements à l'égard du péritoine sous-hépatique, la suture de la moindre plaie hépatique qui aurait pu se produire, enfin le tamponnement de la loge vésiculaire aussitôt après l'ablation, tamponnement qui n'est enlevé qu'au moment même de fermer. Dans le cas où ce tamponnement montre le moindre suintement biliaire, il faut drainer. Mais v. H. utilise de préférence, en pareille circonstance, un drain de verre, qu'il enlève au bout de 48 heures au plus tard si toute sécrétion est tarie. Il rapporte l'observation d'une opérée chez laquelle la présence d'un petit suintement louche et sanguinolent par le drain, 24 heures après l'opération, lui a permis de décider à temps une nouvelle intervention d'urgence, de découvrir une pancréatite aiguë avec stéatonécrose, et de guérir sa malade.

Depuis la dernière statistique de l'auteur en 1922, v. H. a opéré encore 106 cas de cholécystectomie : 42 sans drainage, dont 5 empyèmes de la vésicule, 9 avec résection gastrique ou duodénale, 4 avec appendicectomie : aucun décès. 42 cas furent drainés : 8 morts; il s'agissait, naturellement, de cas plus graves. Enfin 22 opérations furent terminées par la pose d'un drain de verre qui, dans tous les cas, sauf un, fut enlevé au bout de 24 heures, 48 heures au plus. Sur ces 22 opérés, il y eut une mort. V. H. avait essayé la dilatation de l'ampoule de Vater après incision du cholédoque, selon le procédé de Wahl, et il y eut déchirure du duodénum au voisinage de la papille. L'observation, dans laquelle le drain de verre dut être maintenu plus de 48 heures, concernait une malade chez laquelle la sécrétion biliaire prolongée provenait d'un canal aberrant. L'éventualité de la présence possible d'un canal aberrant est une des raisons qui ont amené v. H. à utiliser, pendant 24 à 48 heures, le drain en verre : dans un cas, en effet, où il avait suturé entièrement d'emblée, il dut réintervenir, car il s'était formé une poche biliaire aux dépens d'un canal aberrant.

J. Mouzon.

Pr Siegmund Erben (de Vienne). ***Sur un réflexe patellaire qui persiste chez le tabétique malgré l'absence du phénomène de Westphal*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 40, 2 Octobre 1924). — Lorsqu'un sujet se tient debout, les genoux raides et les talons joints, et qu'il se livre à une série d'oscillations de part et d'autre des articulations tibio-tarsiennes, de manière à faire porter le poids du corps alternativement sur les orteils et sur le talon, on constate chez lui des contractions musculaires compensatrices dans les muscles du tronc, des fesses, de l'abdomen, des cuisses. Ces contractions tendent à maintenir l'équilibre. C'est ainsi que, au moment où le corps s'incline en avant, on constate le durcissement des muscles des gouttières vertébrales, en même temps que la tension des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse. Au contraire, au moment où le corps s'incline en arrière, ce sont les muscles abdominaux qui se contractent, et avec eux le quadriceps. E. qualifie ces réflexes de « réflexes de gravitation », et il leur attribue, comme voies centripètes, celles de la sensibilité profonde, et comme relais les centres vestibulaires et le cervelet.

Or, chez les tabétiques, ce réflexe — et en particulier la contraction du quadriceps au moment de l'inclinaison en arrière — persiste encore longtemps après la perte du réflexe à la percussion du tendon rotulien (phénomène de Westphal). Il y a dissociation des deux réflexes, vraisemblablement en raison de leurs voies centripètes distinctes, la « zone cornu-radiculaire » d'origine lombaire se trouvant touchée par le tabes bien avant les fibres radiculaires longues qui transmettent les sensibilités profondes inconscientes. C'est seulement à une période tardive, chez les grands ataxiques, que le « réflexe de gravitation » disparaît à son tour, et son abolition explique, chez ces malades, le « dérobement des jambes » et le « signe de Brissaud » : le malade ne peut se tenir debout et marcher que s'il tient les jambes en extension complète : il en devient incapable si on lui fait fléchir légèrement les genoux.

J. Mouzon.

Pr M. Pappenheim (de Vienne). ***Remarques sur quelques problèmes concernant la pression du liquide céphalo-rachidien*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 40, 2 Octobre 1924). — Les nombreuses recherches qui ont été poursuivies récemment sur la pression du liquide céphalo-rachidien confirment pour la plupart les prévisions qui avaient été formulées par Grashey dès 1892 : telle la faiblesse habituelle de la pression du liquide retiré par ponction lombaire en position assise — pression beaucoup plus faible qu'on ne pourrait le prévoir

étant donné la hauteur de la colonne liquide — telle encore la pression négative dans le confluent sous-arachnoïdien postérieur — pression négative qui peut atteindre 150 mm. d'eau (Eskuchen) — telle enfin l'influence de la trépanation cranienne, qui fait disparaître la pression négative dans la cavité cranienne, et qui modifie par suite la pression du liquide.

L'influence des mouvements de la tête sur la pression du liquide céphalo-rachidien a été diversement appréciée. D'après les observations personnelles de P., au cours de la ponction lombaire, en position assise, la déflexion de la tête en arrière produit toujours une augmentation de la pression, et cette augmentation peut atteindre 40 à 120 mm. ; la flexion de la tête en avant amène des résultats variables : dans la moitié des cas la pression reste stationnaire ; dans l'autre moitié, elle subit soit une ascension, soit une chute. De toutes manières, il suffit de ramener la tête à la position de rectitude pour rétablir la pression primitive. Dans les cas d'hypertension (290 à 440 mm.), les mouvements de flexion ou de déflexion produisent tous une ascension de la tension, et cette dernière ne revient plus à son chiffre de départ quand la tête est ramenée à la position de rectitude. En position couchée, la flexion et la déflexion produisent toujours, l'une et l'autre, une légère augmentation de la tension (25 à 35 mm.) qui revient ensuite au chiffre initial si la tête est replacée dans son attitude primitive. Les expériences de P. l'amènent à penser, avec Haller, que ces variations de pression sont exclusivement le fait des conditions mécaniques qui tendent soit à agrandir le confluent postérieur et à y augmenter la pression négative, soit à en diminuer la capacité, et par suite à rapprocher sa pression du 0.

La respiration profonde fait baisser la pression du liquide. Barany a proposé d'utiliser ce phénomène pour atteindre un « minimum de pression céphalo-rachidienne », au delà duquel les efforts respiratoires ne peuvent plus accentuer l'hypotension. Dans ces conditions, la pression normale minima ne devrait pas excéder 40 à 60 mm. en position couchée. P. a repris ces expériences chez 32 patients ponctionnés en position couchée et chez 4 ponctionnés en position assise. Il a bien constaté la baisse de tension après les efforts de respiration profonde, mais la tension revient à son chiffre initial dès que le patient reprend sa respiration normale. Il est probable que ce phénomène est dû à une hypotension des veines épidurales, qui serait la conséquence de la respiration forcée. Les chiffres normaux, dans la plupart des cas, d'après P., ne dépassent pas 150 mm., mais on peut voir jusqu'à 200 mm., peut-être même 220 mm.

Quelle est l'influence d'une soustraction de liquide sur la pression? Dans les limites des pressions normales, on voit en général la pression baisser de 1 cmc d'eau par 1 cmc de liquide retiré. Une baisse de pression très lente, malgré une importante soustraction de liquide, est généralement l'indice qu'il y a beaucoup de liquide céphalo-rachidien. Au contraire, une tension élevée, qui baisse rapidement après soustraction d'une faible quantité de liquide, est plutôt en faveur d'une tumeur cérébrale. P. a également étudié le « quotient résiduel » d'Ayala, $Rq = \frac{Q.\ F}{I}$, dans lequel Q désigne la quantité de liquide retirée, F la pression finale, et I la pression initiale. Ce quotient, d'après Ayala, atteindrait 7 à 10 dans les méningites séreuses, il varierait de 2,25 à 4,55 dans les tumeurs cérébrales. D'après les conclusions de P., le quotient paraît difficile à interpréter et n'a vraisemblablement pas grand avantage sur le simple rapport établi entre la quantité de liquide soustraite et la baisse de pression obtenue.

J. Mouzon.

Pr Arthur Schüller. *Le type hypophysaire de l'impuissance sexuelle* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 40, 2 Octobre 1924). — S. passe en revue tous les syndromes hypophysaires (acromégalie, gigantisme, syndrome adiposo-génital, infantilisme, syndromes pluriglandulaires) dans lesquels on observe avec plus ou moins de fréquence des troubles sexuels. Il rattache même aux « syndromes hypophysaires atypiques » le mongolisme et le « syndrome de Biedl » (obésité et arrêt de développement génital, avec troubles de nutrition et malformations congénitales : rétrécissement anal, polydactylie, rétinite pigmentaire, déformations craniennes, arriération mentale). Enfin il admet que certaines impuissances sans obésité ni syndrome majeur de la série hypophysaire doivent également être rattachées à des « formes frustes » de syndromes hypophysaires. Il lui suffit alors, pour soupçonner l'hypophyse, d'une répartition un peu spéciale de l'adipose, de l'association de troubles cutanés ou pilaires, de malformations osseuses, de troubles psychiques, de crises de migraine, de somnolence ou d'épilepsie. Il trouve une confirmation à son hypothèse, soit dans les épreuves de métabolisme (diminution de l'action dynamique de l'albumine suivant Liebesny), soit dans la radiographie (suivant Raab, l'épaississement et l'allongement de la lame quadrilatère serait un indice suffisant de lésion sellaire). Les cas d'impuissance ou d'aménorrhée isolées d'origine hypophysaire s'expliqueraient par l'existence, dans le plancher du 3e ventricule, d'un centre trophique génital distinct du centre régulateur du métabolisme : ce dernier serait plus près des tubercules maxillaires dans le tabes, alors que le centre génital se rapprocherait davantage de la tige pituitaire (Raab). A vrai dire, parmi les quelques observations rapportées par S., aucune ne comporte d'examen anatomique.

Les troubles génitaux d'origine hypophysaire sont susceptibles de s'atténuer ou de disparaître sous l'influence du traitement opératoire ou de la radiothérapie sellaire. Mais, dans les cas dont l'étiologie n'est pas tumorale, l'opothérapie (lobe antérieur) pourrait donner de bons résultats (Gœtsch). S. rapporte le cas d'un jeune garçon de 14 ans, infantile génital, qui souffrait violemment de la tête, et qui présentait un peu d'œdème de la moitié nasale de la pupille, un rétrécissement du champ visuel et une selle turcique élargie. L'administration du lobe antérieur d'hypophyse amène un progrès rapide dans le développement des glandes sexuelles.

J. Mouzon.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(*Philadelphie-New York*)

F. A. Willius et G. E. Brown. *Sclérose des coronaires; analyse de 86 autopsies* (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXVIII, n° 2, Août 1924). — W. et B. se sont proposé de confronter les constatations nécropsiques faites chez une série de 86 malades atteints de sclérose des coronaires avec les données fournies par leur histoire clinique, données souvent si peu révélatrices d'une affection cardiaque grave et d'une pauvreté contrastant avec l'intensité des lésions coronaires.

L'âge moyen des patients étudiés était de 60 ans ; le plus jeune avait 33 ans, le plus vieux 81. On comptait parmi eux 67 hommes (78 pour 100) et 19 femmes (22 pour 100). Le tableau clinique présenté pouvait être classé dans les catégories suivantes : angine de poitrine typique (21 cas), angor atypique (2 cas), syndrome de défaillance progressive du myocarde sans crises douloureuses (22 cas), syndrome de défaillance progressive du myocarde avec angine de poitrine typique (7 cas), forme latente de sclérose coronaire (34 cas), sans symptômes subjectifs ou objectifs de cardiopathie suffisants pour permettre son identification, bien que les vaisseaux pussent être gravement atteints ; toutefois leurs lésions étaient en général bien moindres que dans les catégories précédentes. C'est dans la première que l'on trouva les altérations les plus marquées, quoique dans la troisième on ait pu rencontrer une occlusion considérable des coronaires.

L'aorte fut trouvée malade dans tous les cas à l'exception d'un seul ; elle présentait 9 fois des lésions syphilitiques ; la présence d'un anévrisme fut relevée dans 3 cas. Les valvules du cœur étaient altérées dans 44 cas et l'artère pulmonaire dans 4 cas. La dégénérescence du myocarde se montra constante. L'artério-sclérose périphérique fut notée dans 60 cas, la sclérose des artères du rein dans 32 cas, des artères cérébrales sur 13 des 15 cerveaux examinés, 46 sujets présentaient de la néphrite à divers degrés.

Parmi les patients 31 pour 100 avaient présenté de l'hypertension (en moyenne *Mx* : 18; *Mn* : 11), 16 pour 100 de l'hypotension.

La mort subite se produisit dans 32 cas, avec une fréquence décroissante selon les types cliniques : 12 fois dans la forme angineuse (38 pour 100), 7 fois dans la forme latente (21 pour 100), 6 fois dans la défaillance myocardique avec angor (19 pour 100), enfin 5 fois dans la forme de défaillance progressive simple du myocarde (16 pour 100). La terminaison par asystolie graduelle eut lieu dans 13 cas (15 pour 100) : 5 cas du type angineux, 5 cas de la forme de défaillance myocardique lente, 6 cas de la forme d'insuffisance myocardique progressive avec angor, 2 cas de la forme latente. La mort survint après une intervention chirurgicale chez 21 malades, mais l'état cardiaque ne put être incriminé que chez un seul. Le décès releva d'autres causes que de la maladie coronarienne dans 22 cas.

W et B insistent sur la valeur diagnostique de l'électrocardiogramme ; sur 25 patients examinés à cet égard, 17 (68 pour 100) présentaient des anomalies significatives : inversion de l'onde T dans une ou plusieurs dérivations (12 cas), fibrillation auriculaire avec onde T négative (2 cas), fibrillation auriculaire simple (1 cas), *flutter* auriculaire (1 cas), tachycardie ventriculaire (1 cas). Aussi W. et B. considèrent l'inversion de l'onde T, particulièrement fréquente en dérivation I au cours de la sclérose coronaire, comme révélatrice de graves désordres myocardiques.

P.-L. Marie.

H. C. Gordinier. *L'oblitération des artères coronaires, syndrome bien défini. Observation de 13 cas avec une autopsie* (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXVIII, n° 2, Août 1924). — A la lumière des recherches expérimentales et des données de la clinique, la pathologie des artères du cœur tend à sortir de l'imprécision où elle était si longtemps restée. A la suite d'Osler, d'Albutt, d'Herrick, G. montre que le syndrome de la thrombose des artères coronaires est très caractéristique et facile à reconnaître.

Il se traduit par une douleur angineuse, soudaine et souvent excruciante, accompagnée de sensation de mort imminente, siégeant derrière le sternum ou dans l'abdomen supérieur, durant d'ordinaire plusieurs heures à plusieurs jours (état de mal angineux), pouvant être confondue avec une perforation gastrique, une pancréatite hémorragique, une occlusion intestinale ; par un facies anxieux, pâle ou plombé, par une distension emphysémateuse aiguë des poumons presque constante, accompagnée de dyspnée intense et même d'orthopnée, de râles humides, d'œdème et de congestion des bases, marchant de pair avec les symptômes d'une décompensation cardiaque à début brutal ; par un pouls rapide, facile à comprimer, filiforme, irrégulier ; par une chute brusque de la pression artérielle systolique consécutive à la douleur angineuse et à l'épuisement précoce du myocarde ; par une impulsion cardiaque très faible, étalée, souvent même imperceptible, des bruits lointains avec des troubles très variés du rythme cardiaque, les plus fréquents étant le galop, le rythme embryocardique et surtout la fibrillation auriculaire de grande valeur diagnostique lorsqu'elle se montre pour la première fois en même temps que les éléments de ce syndrome ; la dilatation aiguë du cœur est de constatation fréquente. Un frottement péricardique très localisé et passager, apparaissant dès les premières heures ou un jour ou deux après le début de la douleur, s'observe presque toujours, constituant un signe presque pathognomonique ; il est déterminé par l'exsudat fibrineux répondant à l'infarctus myocardique et il ne manque qu'au cas d'infarctus postérieur. Le plus souvent il existe un peu de fièvre de courte durée associée à une polynucléose qui fait défaut dans l'angine de poitrine simple. Enfin l'électrocardiogramme révèle des modifications spéciales : altérations de l'onde T surtout, qui s'inverse dans les conductions I et II ou s'efface, parfois block d'une arborisation hisienne.

Au point de vue de l'évolution, quatre éventualités peuvent se présenter : mort subite, précédée ou non de la douleur excruciante, et dont la cause n'est révélée que par l'autopsie; mort subite ou survenant en quelques heures ou en quelques jours après l'établissement du syndrome qui vient d'être décrit ; mort par insuffisance myocardiaque progressive se produisant des semaines ou des mois après l'orage initial ; guérison après installation du syndrome au complet, l'énergie myocardique restant toutefois diminuée. G. ne rapporte pas moins de 8 cas de ce genre. Les cinq autres malades dont il rapporte l'observation succombèrent ; l'autopsie pratiquée dans un seul des cas permit de confirmer le diagnostic posé pendant la vie.

Certains symptômes permettent parfois de préciser le vaisseau oblitéré. Ainsi, un gros foie douloureux et des signes d'infarctus pulmonaires plaident en faveur d'une thrombose de la coronaire droite ou

de ses branches, tandis que le début subit de l'œdème pulmonaire ou des crises répétées de ce dernier associées à une embolie des artères du cerveau, des viscères ou des membres et à l'électrocardiogramme caractéristique indiquent une occlusion d'une branche de la coronaire gauche.

P.-L. Marie.

R. Fitz et W. P. Murphy. ***La cause de la mort dans le diabète*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXVIII, n° 3, Septembre 1924). — L'étude de F. et M. porte sur 64 décès survenus parmi 562 diabétiques entrés dans leur service depuis 1913. En raison de l'introduction de l'insuline dans la thérapeutique en 1923, ils ont groupé à part les morts qui se sont produites au cours de cette année.

Des faits observés pendant la décade 1913-1923 se dégagent les notions suivantes : il existe 4 causes communes de mort dans le diabète : le coma avec ou sans infection terminale, ce dernier relativement rare (11 pour 100), une maladie infectieuse aiguë, les complications rénales et cardiovasculaires y compris la gangrène (24 pour 100), la tuberculose pulmonaire (19 pour 100). Cette dernière ainsi que le coma tendent à emporter les diabétiques jeunes, tandis que la gangrène, les affections vasculaires et rénales, les infections aiguës sévissent surtout chez les malades âgés. De la statistique ressort encore la grande variabilité du chiffre annuel des décès, si bien qu'il est difficile de déduire des conclusions valables au sujet de l'efficacité du traitement employé. Plus est élevé l'âge auquel se manifeste le diabète, et moins le pronostic est sombre ; toutefois l'apparition du diabète à un âge avancé ne constitue pas une garantie absolue de sa bénignité. Le traitement à l'hôpital contribue nettement à prolonger la vie des malades. F. et M. attirent l'attention sur la valeur pronostique d'une anémie globulaire marquée ; elle serait l'indice d'une complication grave (néphrite, tuberculose, cirrhose hépatique, etc.). Une leucocytose qui peut n'être qu'apparente (réduction de la masse sanguine) accompagne d'ordinaire les états d'acidose grave. La réaction de Wassermann fut faite chez 50 de ces malades décédés ; 45 fois elle fut négative ; chez un sujet à réaction positive, l'autopsie montra des lésions pouvant être mises sur le compte de la syphilis (périhépatite chronique, sclérose pancréatique avec atrophie des îlots de Langerhans). Ce grand nombre de réactions négatives joint à l'absence de lésions spécifiques à l'autopsie témoigne de l'extrême rareté du diabète syphilitique.

Les constatations faites en 1923 ne prêtent pas à des conclusions fermes qui seraient prématurées. Le taux de la mortalité baissa légèrement ; il y eut encore 4 décès par coma.

F. et M. ont l'impression que bien des décès pourraient être évités si l'on s'attachait de bonne heure à prévenir leurs causes : le coma qu'il faut toujours redouter chez les jeunes et qu'on écartera par l'éducation du malade et sa surveillance, le régime, la cure d'insuline, la protection contre les infections ; les affections cardio-rénales contre lesquelles on luttera par une thérapeutique appropriée ; la gangrène qu'on peut éviter par des soins méthodiques des extrémités dont le détail est indiqué ; enfin la tuberculose pulmonaire qu'on s'efforcera de dépister avant qu'elle ne soit devenue incurable.

P.-L. Marie.

H. K. Pancoast et E. Pendergrass. ***La présence du zona dans la maladie de Hodgkin*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXVIII, n° 3, Septembre 1924). — Les éruptions zostériformes semblent se rencontrer exceptionnellement au cours de la maladie de Hodgkin, à en juger par les publications consacrées à cette affection. Cette rareté n'est peut-être qu'apparente, l'éruption passagère pouvant ne pas être signalée au médecin dans une maladie de longue durée et qui offre tant de symptômes plus marquants. P. et P. n'ont pas observé moins de 4 cas de cette association qu'il faut connaître. Dans le premier il s'agit d'un zona lombaire droit très typique, survenu un an après le début de la maladie de Hodgkin ; une masse volumineuse se percevait dans la région du rein droit. La mort survint bientôt après ; l'autopsie ne fut pas faite. La seconde malade atteinte depuis cinq ans déjà de granulomatose présenta un zona intercostal droit sans signes radiologiques de tumeur médiastinale. Chez le troisième patient, un enfant malade depuis deux ans, le zona se développa dans le territoire des 9e, 10e et 11e nerfs intercostaux gauches et à ce moment on constata de larges ombres au niveau du hile pulmonaire. Dans le dernier cas, le zona se montra tardivement dans le territoire fémoro-cutané sans qu'on pût mettre en évidence de tuméfaction ganglionnaire inguinale ou pelvienne ; il disparut au bout de cinq semaines. Ces 3 derniers malades vivent encore. La présence du zona ne semble pas aggraver le pronostic de la maladie de Hodgkin. L'éruption relève probablement de l'irritation des ganglions radiculaires produite par le voisinage de masses granulomateuses ou par une névrite remontant jusqu'au ganglion. P. et P. rapprochent de ces faits un cas de zona intercostal survenu chez une malade atteinte de sarcome des ovaires avec généralisation péritonéale, très améliorée par la radiothérapie.

P.-L. Marie.

C. B. Masson. ***L'influence du paludisme sur le système nerveux; les psychoses paludéennes*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXVIII, n° 3, Septembre 1924). — Il existe indubitablement des psychoses d'origine paludéenne, mais leur tableau est très polymorphe et embrouillé par l'intervention de nombreux facteurs : alcoolisme, gravité de l'impaludisation et âge de la vie où elle s'est produite, caractère aigu ou chronique de la maladie, enfin et surtout prédisposition héréditaire et constitutionnelle. Toutefois certaines manifestations se rencontrent avec une grande fréquence : la confusion mentale du début, le délire onirique et le délire plus ou moins complet.

Le délire lié à la toxi-infection palustre, à type confuso-onirique, ne se distingue pas de celui des intoxications et des infections ; toutefois ses symptômes sont parfois un peu modifiés par l'insuffisance hépato-rénale. L'alcoolisme n'est pas, comme on l'a pensé, une condition indispensable à sa production ; toutefois il joue un grand rôle ; le délire initial manque en effet chez les Arabes abstinents, tandis qu'il est presque constant chez les Européens adonnés à l'alcool. La sévérité de l'atteinte paludéenne influence nettement la gravité des troubles mentaux. Chez les enfants, on observe surtout des formes dépressives ; chez les israélites, des réactions catatoniques.

Pendant la période d'invasion et de rechutes successives répondant au paludisme actif, les symptômes psychiatriques sont d'ordinaire représentés soit par du délire intermittent, peu soutenu, subdélire plus que délire vrai, plutôt monotone, non expansif, soit par du délire confuso-onirique suivi d'amnésie plus ou moins marquée, partant du début du délire et de durée variable. Le délire peut aboutir au coma, mortel ou non, sous la dépendance du nombre de parasites, de la quantité de toxines sécrétées et surtout de leur localisation au cerveau. L'anémie, la cachexie, la puerpéralité, la fatigue, l'insolation, l'alcoolisme prédisposent au coma. Celui-ci peut éclater d'emblée. Le délire s'explique facilement par la congestion intense de la pie-mère et par les oblitérations vasculaires parasitaires ou pigmentaires, conduisant à la production d'hémorragies punctiformes.

Les psychoses paludéennes typiques contemporaines de la période d'activité de la maladie sont rares, de types divers (manie, obsessions, etc.), mais surtout de forme dépressive. Elles se montrent plus fréquemment au cours du paludisme chronique ; la prédisposition héréditaire favorise grandement leur éclosion. On peut alors rencontrer des épisodes confuso-oniriques à répétition, de la confusion mentale prolongée, laissant parfois des idées fixes pouvant servir de noyau à l'organisation d'un délire secondaire pseudo-systématisé, délire le plus souvent à teinte dépressive (idées de culpabilité, mélancolie, etc), enfin des psychonévroses, psychasthénie et neurasthénie surtout, avec fatigabilité physique et mentale, émotivité anxieuse, amnésie de fixation. L'amnésie accompagne souvent les états neuropsychopathiques paludéens et peut durer longtemps, 6 mois dans un cas de M.

Le paludisme peut provoquer, d'autre part, des manifestations d'ordre neurologique : névrites isolées ou polynévrites souvent tenaces, névralgies rebelles, myélites, paralysie du noyau du vague ; aphasie motrice transitoire ou durable. Les troubles psychiques peuvent s'associer aux symptômes nerveux organiques, donnant lieu au syndrome de Korsakoff palustre (Carlill) et à la pseudo paralysie générale palustre dont M. relate un cas probable (cas VII). Le tremblement se montre parfois dans le paludisme indépendamment de l'alcoolisme, du basedowisme, de la neurasthénie. L'épilepsie et l'hystérie peuvent se manifester à la faveur du paludisme ; lorsqu'elles préexistent, leurs symptômes se trouvent d'ordinaire aggravés.

En ce qui concerne les relations entre le paludisme et les psychoses constitutionnelles, M. estime qu'il peut ouvrir la porte à ces dernières, témoin le cas de démence précoce qu'il relate où le paludisme a joué le rôle de facteur additionnel. Toutefois il n'a pas observé que, chez les sujets atteints de psychoses constitutionnelles, l'apparition du paludisme provoquât de nouveaux troubles psychiques. Il est possible même que l'infection palustre améliore certains paralytiques généraux.

M. termine ce long mémoire par des observations personnelles de psychoses paludéennes de types variés.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL

(*Baltimore*)

Max Cutler. ***Etude clinique d'hypernéphromes*** (*Bulletin of the Johns Hopkins hospital*, tome XXXV, n° 401, Juillet 1924). — Depuis que Grawitz l'a attribué aux glandes surrénales aberrantes et que Birch-Hirschfeld a créé le terme d'hypernéphromes, 60 pour 100 environ des tumeurs du rein appartiennent à cette variété.

C. collecte les 32 cas, tous néphrectomisés, qui ont été observés au John Hopkins hospital durant ces 16 dernières années et en fait une étude clinique comparative ; *tous ont été identifiés histologiquement*, car on a montré récemment que de nombreux cas rapportés étaient en réalité des adénomes rénaux.

L'âge est dans 40 pour 100 des cas de 50 à 60 ans ; 63 pour 100 surviennent chez le sexe masculin ; les 2 reins sont atteints avec une égale fréquence. La durée d'évolution depuis le début clinique, en général marqué par une hématurie, jusqu'à l'opération est très variable, du fait de l'inégale rapidité d'évolution et du siège du néoplasme, ceux avoisinant le bassinet se révélant plus précocement, 1 an 1/2 à 3 ans en moyenne avec 3 semaines et 9 ans comme limites extrêmes.

L'*hématurie* est le signe initial le plus habituel, en général très abondante ; en son absence l'hématurie microscopique est presque constante, sauf dans les tumeurs à siège cortical ; intermittente l'hématurie revêt 2 formes : forme congestive due à une néphrite chronique interstitielle, causée par l'accroissement progressif de la tumeur : le sang est mêlé intimement à l'urine ; forme avec envahissement du bassinet ou d'une grosse veine corticale par la tumeur : hématurie plus abondante, longs caillots, douleurs à type de coliques néphrétiques.

Les *douleurs localisées* existent dans 29 cas sur 32. Les *coliques rénales* se montrent dans 66 pour 100 des cas ; liées au passage des caillots obstruant l'uretère, elles cessent après leur expulsion, elles ne sont ni aussi sévères ni aussi fréquentes que dans la lithiase.

La dysurie et la rétention existaient dans 7 cas sur 32. La fréquence augmentée des mictions n'existait que dans 4 cas sur 32 ; dans 2 cas, elle relevait de cystite.

Une *tumeur perceptible au palper* fut constatée 28 fois sur 32, simulant une augmentation en masse, irrégulière du rein quel que fût le pôle envahi.

Les *signes généraux*, marqués dans 20 cas, consistent en affaiblissement général, dyspnée d'effort, amaigrissement. La *fièvre* existe 75 fois sur 100.

L'*association avec la lithiase* existait dans 5 cas et 3 fois elle avait égaré le diagnostic.

L'examen du sang montre avec une anémie globulaire et une réduction du taux de l'hémoglobine une *hyperleucocytose* fréquente.

L'épreuve de la *phtaléine* montre une élimination diminuée, allant de 60 à 35 pour 100 en 2 heures, atténuée par la compensation par le rein opposé.

La *pyélographie* fut d'un grand secours dans le diagnostic de ces tumeurs : elle montre une déformation notable du bassinet, avec souvent un allongement des calices.

La *néphrectomie*, pratiquée dans les 32 cas de l'auteur, donna 2 morts immédiates, 4 morts des suites opératoires, 4 morts entre 7 mois et 3 ans, 8 survies datant de 8 mois à 9 ans, 14 dont les suites sont inconnues.

J. Braine.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD
(New York)

Harry Apfel. ***Sténose hypertrophique du pylore chez l'enfant*** (*Medical Journal and Record*, t. CXX, n° 1, 2 Juillet 1924). — A. relate un cas personnel typique chez une petite fille de 2 mois 1/2, il publie les radiographies; ce cas a guéri par le simple débridement longitudinal extramuqueux de la tumeur hypertrophique du pylore (opération de Remmstedt) sous anesthésie à l'éther-oxygène. On commença à nourrir l'enfant 2 heures après l'opération.

Après une courte revue des dernières publications sur le sujet qui nous montrent qu'il subsiste, surtout en Suède et en Autriche, des abstentionnistes qui, partisans du traitement médical, en auraient obtenu presque toujours d'heureux résultats, A. aboutit aux conclusions suivantes : le diagnostic doit être aussi précoce que possible; ne pas incriminer le lait de la mère quand les vomissements sont dus à une lésion du pylore de l'enfant; essayer d'abord les antispasmodiques et les lavages d'estomac, mais les abandonner au bout d'une semaine d'essai infructueux; opérer dans la règle l'enfant, dont l'existence est gravement compromise; se contenter de la simple opération de Remmstedt et abandonner toute chirurgie compliquée; en effet, la gastro-entérostomie a été suivie dans 50 pour 100 des cas de diarrhée grave et dans 28 pour 100 de mort. Commencer à réalimenter l'enfant dès qu'il est remis de son anesthésie et augmenter l'alimentation au fur et à mesure de la tolérance. Une nurse expérimentée est un des facteurs de première importance pour assurer un heureux résultat. J. Braine.

Max Einhorn. ***L'importance de l'examen direct de la bile pour le diagnostic des lésions de la vésicule*** (*Medical Journal and Record*, tome CXX, n° 1, 2 Juillet 1924). — Dans certains cas les affections de la vésicule biliaire présentent une évolution typique et peuvent alors être aisément reconnues, mais souvent les symptômes sont loin d'être caractéristiques et un diagnostic correct devient alors délicat. La *radiographie* permet plus fréquemment actuellement de voir des calculs, elle montre en outre souvent après repas opaque des déformations imprimées sur le bulbe duodénal par la vésicule adhérente ou pathologique.

E. consacre son article, abondemment illustré, à *l'examen direct de la bile recueillie par le tubage duodénal*, moyen d'examen le plus récemment employé pour l'exploration des voies biliaires : « Pourquoi la bile ne serait-elle pas examinée, dit-il, dans toutes les affections du foie, de la vésicule et du pancréas comme l'urine l'est dans toutes les affections du rein ? » Le tubage duodénal doit être fait aseptiquement; la bile doit être examinée aussitôt extraite parce qu'elle s'altère très rapidement. On étudiera successivement son aspect, sa couleur, ses caractères chimiques, son alcalinité en particulier et surtout son aspect microscopique. Le sédiment ou à son défaut le culot de centrifugation sera examiné à part. E. insiste sur les différents aspects microscopiques obtenus : cristaux de cholestérine, globules de pus, mucus, microbes; si ces derniers sont nombreux et surtout en colonies, c'est un fait très important; l'agglomération de cristaux volumineux ou nombreux doit faire soupçonner l'existence de calculs.

Dans certains cas la bile contient des particules dures comme des *grains de sable*, verts, noirs, gros comme des têtes d'épingle et formés par la conglomération de *cristaux « en grappes »*, rhomboédriques, de bilirubinate de chaux, de sels biliaires, de petits cristaux de cholestérine. Si l'existence de ces particules sablonneuses n'indique pas toujours la lithiase, elles sont pourtant toujours pathologiques au niveau de la vésicule.

E. conclut, avec Willy Meyer, à la *nécessité de la cholécystectomie*, même quand on ne peut sentir de calculs dans la vésicule au cours de la laparotomie, dans les cas où l'examen préalable de la bile a mis en évidence ces formations microscopiques spéciales. Dans un grand nombre de cas où la vésicule paraissait saine et où l'examen, après tubage, avait montré l'existence des particules sablonneuses et des cristaux en question, E. trouva des altérations étendues de la muqueuse vésiculaire, des ulcérations, etc. Il en rapporte ensuite plusieurs observations.

J. Braine.

Francis Reder. ***Tuberculose de la rate*** (*Medical Journal and Record*, tome CXX, n° 3, 6 Août 1924). — Le diagnostic des splénomégalies est toujours très délicat à cause de l'insuffisance de nos connaissances sur la physiologie de cet organe et partant sur ses troubles fonctionnels. L'examen de sang est capital, sans lui l'anamnèse et les signes cliniques donnent des renseignements insuffisants. Il est très difficile surtout de connaître le début approximatif d'une splénomégalie reconnue par le palper abdominal. R. rapporte l'histoire d'une tuberculose de la rate accompagnée de tuberculose des ganglions lomboaortiques et mésentériques dont la nature fut reconnue au cours d'une laparotomie exploratrice, mais pour laquelle manque malheureusement le contrôle histologique. Il s'agit d'un homme de 50 ans souffrant de douleurs violentes dans le dos, d'insomnie et ayant perçu une grosse voussure abdominale occupant tout le flanc gauche, du rebord costal à la crête iliaque, et atteignant la ligne médiane. En 7 mois la rate a atteint ces énormes dimensions en même temps qu'une faiblesse considérable, un amaigrissement de 20 kilogr. donnaient un aspect inquiétant au malade, lequel pourtant put continuer à travailler. Wassermann négatif, pas de bacilles tuberculeux dans ses crachats. La rate est uniformément mate, douloureuse, mobilisable transversalement, non mobile avec la respiration, le bord crénelé est perceptible, un peu d'ascite. Au toucher rectal on sent une masse vers la fosse iliaque gauche, douloureuse, manifestement ganglionaire, qui fait penser à de la tuberculose ou à une tumeur maligne de la rate. L'examen de sang sensiblement normal élimine l'idée d'une splénomégalie d'origine sanguine. Une intervention exploratrice est pratiquée : laparotomie latérale gauche; de l'ascite jaune paille s'écoule, le bord crénelé de la rate se présente aussitôt, l'organe est énorme, entouré d'adhérences sans résistance. Sa surface lisse, sa capsule épaissie, son aspect bigarré avec des taches brun clair et blanches. Sa consistance est augmentée et le palper décèle de nombreux nodules noyés dans l'épaisseur de l'organe immédiatement sous la capsule; et sur l'intestin nombreux îlots caséeux disséminés; énorme hypertrophie des ganglions iliaques gauches, lombaires, sous-hépatiques, mésentériques et du hile de la rate. La splénectomie eût été facile, R. ne l'a pas pratiquée à cause de l'étendue des lésions ganglionnaires; au 12e jour, réouverture de la plaie opératoire, au cours d'une quinte de toux; 2e suture de la paroi, suivie de suites favorables constatées 2 mois après : état général amélioré, augmentation de poids, disparition des douleurs, diminution de volume de la rate.

R. ne peut malheureusement dire si la splénomégalie en question était primitive ou secondaire à une tuberculose intestinale. Seules les masses ganglionnaires perçues par le toucher rectal avaient fait penser à la possibilité d'une tumeur maligne secondaire. Le sarcome primitif ou secondaire de la rate est rare : sa croissance et sa cachexie rapides, ses douleurs irradiées, sa surface bosselée par des nodules en saillie, son ascite, en sont les meilleurs signes cliniques. J. Braine.

C. S Jennings et A. F. Jennings (Détroit, Michigan). ***Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine*** (*Medical Journal and Record*, tome CXX, n° 10, 1er Octobre 1924). — A propos d'une observation personnelle d'angine de poitrine traitée chirurgicalement avec succès, J. et J. passent en revue les résultats obtenus par les auteurs qui, antérieurement, ont fait pratiquer le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. Ce sont les recherches antérieures de Franck, Jonnesco, Coffey et Brown, Wenckeback, Halstead et Christopher, Clifford Albute.

Dans l'observation de J. et J., il s'agit d'un homme de 41 ans présentant une hypertension grave, peut-être avec une aorte légèrement élargie, mais sans signes d'insuffisance rénale et avec un Wassermann absolument négatif. Les crises angineuses deviennent de plus en plus fréquentes, sévères, et résistent au traitement médical; les auteurs décident l'intervention chirurgicale. Une anomalie nerveuse au niveau de la région cervicale gauche ne leur permet pas d'affirmer si l'on a sectionné le sympathique cervical ou le nerf dépresseur du cœur. La disparition des crises angineuses remonte à 2 mois lorsque J. et J. publient leur travail.

Dans l'ensemble, et avec leur observation personnelle, les auteurs mentionnent 21 opérations chirurgicales pour crises angineuses, avec 19 améliorations et 2 morts. Dans 16 cas, l'opération a consisté en une section du sympathique cervical; dans 5 cas il s'est agi d'une section du nerf dépresseur.

La disparition des crises angineuses a pu être complète avec les 2 opérations, l'une et l'autre section ont les voies centripètes de cette sensibilité, encore mal connue, et qui conditionne l'apparition de l'angor.

Les constatations physio-pathologiques faites par J. et J. aussi bien que par les auteurs antérieurs ne permettent pas de reconnaître l'origine exacte de l'angine. Le champ de l'angine de poitrine dépend-il uniquement de lésions aortiques, ainsi que le pense Albutt? s'agit-il au contraire de lésions plus diffuses dépendant du cœur comme de l'aorte?

En définitive, toute conclusion franche est encore prématurée, mais le traitement chirurgical, relativement bénin, peut être proposé avec un succès réel dans certains cas d'angine qui résistent au traitement médical et qui rendent la vie pénible.

Oury.

L. E. Véritey (Michigan). ***Etude clinique de 10 cas d'érythrémie*** (*Medical Journal and Record*, tome CXX, n° 10, 1er Octobre 1924). — Véritey, se fondant sur 10 observations personnelles, fait l'histoire clinique et hématologique de l'érythrémie.

Les 3 symptômes essentiels de l'affection sont la polyglobulie, l'augmentation de volume de la rate, la cyanose. La cyanose ne semble presenter aucun rapport précis avec le taux de la polyglobulie, mais dépend en partie de la circulation périphérique.

Des signes plus inconstants peuvent être encore notés : troubles nerveux (céphalée, douleurs des extrémités, parésie), troubles digestifs avec douleurs épigastriques (Loeper et Marchal), hémorragies, augmentation légère du métabolisme, dilatation des veines du fond de l'œil visible à l'examen ophtalmoscopique.

L'examen chimique du sang, chez un malade, donne des renseignements variables : l'augmentation de l'uricémie est assez fréquente. La teneur du sang en cholestérine a été plus particulièrement discutée. Pribam, Loewy, Richard et Herman trouvent dans l'érythrémie une augmentation très notable de la cholestérinémie; ce serait même cette teneur élevée en cholestérine qui protégerait les globules rouges contre leur destruction normale et expliquerait la polyglobulie. Véritey, au contraire, constate des faits d'hypocholestérinémie dans l'érythrémie.

L'anatomie pathologique ne donne aucune précision sur la signification de l'érythrémie : dilatation légère et sclérose des parois capillaires et des artérioles, réaction hyperplasique et fibrome de la rate; l'aspect embryonnaire et très actif de la moelle rouge est sans doute la constatation essentielle.

Quant à l'étiologie de l'érythrémie, elle échappe entièrement. Véritey ne fait que rappeler les conceptions des auteurs antérieurs : irritation primitive de la fonction hématopoïétique de la moelle, absence de la destruction globulaire normale au niveau de la rate et du foie (Pribam), diminution de la capacité de fixation de l'oxygène par l'hémoglobine (Bence), tuberculose primitive de la rate (Rendu et Widal).

Oury.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos Aires)

Guillaumo Bosco. ***Le métabolisme basal dans le symptôme de Frölich*** (*Semana medica*, tome XXXI, n° 37, 11 Septembre 1924). — B. se montre opposé à la théorie hypophysaire du syndrome de Frölich, c'est-à dire du syndrome adiposo-génital; il place, à l'exemple de Lesenke, d'Erdheim, de Camus et Roussy, l'origine de ce syndrome en un point de la région sous-thalamique, spécifié par les auteurs. En effet, beaucoup d'autopsies montrent, en pareil cas l'hypophyse indemne. L'étude du métabolisme basal est un bon élément de diagnostic, un bon argument contre la théorie hypophysaire, puisque son chiffre s'est montré singulièrement abaissé dans 3 observations rapportées par cet auteur. On sait qu'il est plus élevé que la normale dans les syndromes hypophysaires. Cette diminution du métabolisme est un point important dans la séméiologie de ces obésités.

M. Nathan.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Prof. Dopter. ***La balantidiase (étude étiologique).*** (*Annales de Médecine*, tome XVI, n° 4, Octobre 1924). — La balantidiase est une affection intestinale parasitaire qui se traduit par des troubles intestinaux caractérisés généralement par de la diarrhée chronique et, au point de vue anatomo-pathologique, par des lésions ulcéreuses rappelant d'assez près celles de l'amibiase intestinale. Ces troubles sont liés à la présence dans l'intestin et les parois de l'organe d'un infusoire cilié : *Balantidium coli*.

Sur 232 observations publiées, 143 appartiennent à l'Europe. La maladie ne s'observe guère que sous la forme sporadique.

Chez l'homme, le parasite élit domicile dans le gros intestin. Il semble qu'il existe des porteurs sains. La propagation peut se faire par les déjections. Le parasite peut donner une forme enkystée de résistance.

Le *Balantidium coli* parasite très fréquemment le porc et des inoculations sont possibles de l'homme à l'animal ou inversement. Aussi l'homme peut-il se contaminer dans l'entourage de ces animaux, de façon directe ou indirecte. La prophylaxie consistera dans des mesures hygiéniques et l'assainissement de l'eau potable, surtout autour d'animaux susceptibles d'être contaminés; la prophylaxie gravite surtout autour de la balantidiase porcine. On devra également instituer les mesures prophylactiques voulues autour de l'homme malade, en visant surtout ses excreta, dans lesquels il faut détruire surtout la forme enkystée du parasite. L. Rivet.

André Philibert. ***Virus cytotropes (virus filtrants, virus filtrables*** (*Annales de Médecine*, tome XVI, n° 4, Octobre 1924). Dans ce remarquable mémoire, P. analyse d'abord les caractères des virus filtrants et discute leur valeur.

Le groupe des virus filtrants englobe des virus très divers et doit être démembré. On peut individualiser parmi eux un groupement de virus que P. propose d'appeler *virus cytotropes*, en raison de leur affinité exclusive pour la cellule vivante. P. analyse minutieusement les caractères de ces virus cytotropes, qu'il définit ainsi :

Les virus cytotropes, dit-il, sont des virus caractérisés avant tout par leur affinité exclusive pour le protoplasma des cellules vivantes, dans lesquelles seules ils peuvent cultiver, en provoquant l'excitation cinétique du noyau, puis la lyse cellulaire. Ils sont cytocinétiques et cytolytiques. Ils sont incultivables sur les milieux de culture usuels faits de substances organiques mortes. Les maladies qu'ils provoquent présentent des lésions intracellulaires exclusives des cellules des 3 feuillets du blastoderme et des cellules jeunes du mésenchyme.

Voici maintenant certains des caractères secondaires des virus cytotropes, caractères que peuvent présenter d'autres virus microbiens :

Ils traversent les filtres de porcelaine et de collodion. Ils sont invisibles. Ils provoquent dans la cellule qu'ils parasitent l'apparition de corpuscules juxta-nucléaires, décomposables eux-mêmes en corpuscules secondaires ou initiaux extrêmement ténus, à la limite de la visibilité, et il est impossible d'affirmer que ces corpuscules initiaux représentent le virus. Les virus cytotropes ne provoquent pas les réactions inflammatoires, ni la nécrose du tissu conjonctif. Ils ne sont pas propagés par des insectes, et la contagion des maladies qu'ils engendrent est directe. Certains sont saprophytes. Ils sont inoculables facilement par voie intracellulaire, difficilement par d'autres voies.

Ce groupe comprend : la fièvre aphteuse, la clavelée, l'épithélioma contagieux des oiseaux, la rage, l'anémie pernicieuse du cheval, la vaccine, l'acné varioliforme, la variole des chiens, le hog-choléra, la diphtérie des poules, le trachome, la variole, les oreillons, le sarcome de la poule, le bactériophage de d'Hérelle, les verrues, l'encéphalite léthargique, l'herpès. Mais le virus de la poliomyélite de l homme s'en écarte, notamment en ce qu'il détermine des lésions plus inflammatoires et n'est pas inoculable par la peau ni par la cornée.

P. subdivise ce groupe des virus cytotropes en 2 catégories, en tenant compte de la prédominance de l'action excitante du virus ou de son action lytique : d'où la distinction en virus cytolytiques et virus cytocinétiques. Cette base est d'ailleurs fragile, la plupart de ces virus possédant la double action.

La nature intime de ces virus nous est totalement inconnue et l'on peut simplement admettre que les virus cytotropes sont des êtres doués de vie, différents de tous les microbes connus, sans pouvoir s'aventurer davantage dans le domaine de l'hypothèse. L. Rivet.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
(Paris)

Charles Oberling (de Strasbourg). ***Morphologie et physiologie comparées des néphrites Essai de classification anatomo-étiologique*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome I, n° 3, Mai 1924). — Dans cet important mémoire O étudie successivement, en produisant de très belles figures histologiques très démonstratives : la néphrite parenchymateuse toxique; la néphrite parenchymateuse infectieuse (néphrite glomérulo-épithéliale infectieuse); les néphrites interstitielles (toxiques ou infectieuses); les néphrites chroniques d'origine ascendante; la sclérose rénale d'origine vasculaire. Pour chaque type il donne une étude étiologique, anatomique et clinique. Il présente ensuite une étude synthétique des néphrites et indique les rapports entre sa classification et les autres classifications des néphrites : ancienne classification morphologique en néphrites parenchymateuses et interstitielles, classification anatomique de Chauffard et Læderich, classification physio-pathologique de Widal.

Les types physio-pathologiques des néphrites, dit-il, ne correspondent pas aux types morphologiques, mais à des lésions prédominantes d'une ou de plusieurs variétés tissulaires (appareil épithélial, glomérules, vaisseaux).

De même que les altérations tissulaires se mélangent et se combinent de la façon la plus variable, de même se mélangent les troubles fonctionnels : la néphrite chlorurémique devient azotémique ou hypertensive; la néphrite hypertensive devient azotémique, etc. Dans les cas où les lésions les plus différentes s'associent, la physiologie est aussi embarrassée que la morphologie, ainsi que l'a montré Brault. C'est pour traduire des cas de ce genre qu'on a créé le type des néphrites mixtes, par exemple.

Tous les embarras de la classification physiologique des néphrites tiennent au fait que les néphrites se comportent comme tant d'autres maladies qui peuvent présenter des symptômes différents suivant les différentes périodes de leur évolution, tout en offrant parfois un signe dominant. L'idée s'impose qu'une classification purement physiologique des néphrites, en tant qu'entités morbides, est prématurée; à l'heure actuelle, tout au moins, elle comporte la même imprécision et la même insuffisance que l'ancienne classification en néphrites interstitielles et parenchymateuses. D'un côté, on est forcé de ranger dans le même groupe des néphrites bien différentes : de l'autre, on désigne de deux noms différents les étapes successives d'une seule et même maladie. Comme dit Brault, il faut considérer les divisions qui nous sont proposées, non comme représentant des néphrites spéciales, mais comme des états, ou encore des syndromes, correspondant aux périodes critiques de l'évolution des néphrites.

Ainsi conçue, la physio-pathologie rénale ne doit pas être opposée à l'anatomie pathologique rénale, car celle-ci peut expliquer celle-là. Ceci montre la valeur non seulement d'une classification morphologique, mais de toute l'étude morphologique des néphrites. Jamais une étude purement physiologique ne pourra dire pourquoi telle néphrite chlorurémique devient hypertensive, pourquoi telle néphrite hypertensive devient azotémique, pourquoi tel cas évolue avec grande rapidité vers l'insuffisance rénale, tandis que tel autre, qui présentait les mêmes déchéances fonctionnelles, se maintient indéfiniment dans le même état. Un progrès effectif dans nos conceptions sur les néphrites ne sera réalisé que par une union étroite entre la physiologie et la morphologie ; grâce à cette collaboration, le morphologiste obtiendra des renseignements précieux sur la signification des lésions anatomiques, le physiologiste trouvera l'explication des troubles fonctionnels et peut-être des données inattendues sur le fonctionnement du rein normal; le clinicien enfin aura à sa portée les moyens qui lui permettront de poser un diagnostic morphologique. Il y aura ainsi concordance entre la clinique et l'anatomie pathologique, solution d'un problème resté en suspens depuis la découverte de Bright. L. Rivet.

Ch. Foix et I. Nicolesco. ***Lésions du système nerveux central dans la maladie de Thomsen et les myopathies*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome I, n° 3, Mai 1924). — Dans un cas de maladie de Thomsen, F. et N. ont trouvé des lésions importantes des formations extrapyramidales et des centres végétatifs de l'axe encéphalique; dans deux cas de myopathie, mêmes lésions, moins importantes, des mêmes régions, et, en outre, altérations des cellules motrices de l'axe ponto-bulbo-médullaire.

Il y a lieu de remarquer l'analogie des lésions hautes dans les deux affections. Les parentés cliniques ne sont pas moins frappantes : on connaît en effet l'existence de nombreuses formes intermédiaires entre la maladie de Thomsen et les myopathies. Et l'on sait que la myotonie a été observée assez fréquemment au cours des myopathies, surtout dans les myotonies atrophiques ou myopathies myotoniques.

Mais les lésions nerveuses myopathiques diffèrent des lésions nerveuses de la maladie de Thomsen par l'atteinte des cellules des noyaux moteurs. Cette altération est indubitable et sa distribution est la même que celle de l'amyotrophie. On peut dès lors se demander quelle est l'altération primitive, celle des muscles ou celle des neurones moteurs. Peut-on considérer l'altération nerveuse comme secondaire à la lésion musculaire ? Ceci paraît peu vraisemblable, étant donné le caractère des lésions, et l'ordre inverse est le plus logique, l'association des lésions hautes des centres végétatifs et extra-pyramidaux.

D'autre part, le processus atrophique des cellules des noyaux moteurs, essentiellement différent de celui qu'on observe dans la sclérose latérale amyotrophique, peut expliquer la grande différence du tableau clinique.

Enfin, les altérations du système nerveux végétatif sont à rapprocher des troubles dystrophiques : atrophie testiculaire, cataracte fréquente, altération du fonctionnement des glandes endocrines et aussi des troubles psychiques, myopsychies de Joffroy, que présentent souvent ces malades. L. Rivet.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Ch. Foix. ***Sur le tonus et les contractures*** (*Revue neurologique*, 31e année, tome II, n° 1, Juillet 1924). — Le tonus est un état de tension active des muscles, permanente, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui la renforcent ou l'inhibent Le *mécanisme physiologique* du tonus a donné lieu à des travaux qui ont modifié la conception classique; en particulier, ses rapports avec le système sympathique ont été étudiés par Bœr; la résection du sympathique, pratiquée à nouveau sur le chien par Foix et Bergeret, n'entraîne cependant qu'une perte incomplète du tonus, qui n'est pas comparable à la perte absolue et définitive que donne la section des racines antérieures : l'action tonique ne passe donc pas exclusivement par les racines postérieures et ne dépend pas exclusivement du sympathique. L'étude des caractères électromyographiques de la contraction volontaire et des contractures montre que l'appareil myofibrillaire participe aux diverses contractures, participation qui se traduit par des phénomènes électriques moins intenses que ceux de la contraction volontaire; elle permet aussi de séparer la contraction posturale ou statique, réflexe, de la contraction cinétique volon-

taire; l'étude du son des contractures conduit aux mêmes déductions : participation de l'appareil myofibrillaire aux contractures, existence d'un tonus myofibrillaire.

Le mécanisme de la *régulation tonique* est complexe, il existe des influences *excitatrices* : *a*) tonus de posture, tonus réflexe qui s'exprime par les réflexes de posture; tonus d'attitude où le rôle du labyrinthe est primordial; *b*) tonus d'action, tonus syncinétique avec ses deux variétés : tonus d'effort (syncinésie globale), tonus de soutien; *c*) enfin, il existe des équilibres toniques d'automatisme dont un exemple clinique est la contracture en flexion. A opposer sont les influences *inhibitrices* (rôle inhibiteur du cerveau, du cervelet). En dernier lieu, il faut signaler les actions *idio-musculaires*. Les centres régulateurs du tonus sont répandus dans tout le névraxe qui possède aussi des centres toniques étagés; certains sont d'étude récente, les voies efférentes du locus niger, les formations végétatives périventriculaires et mésocéphaliques.

En *clinique*, il faut distinguer : 1° la *contracture pyramidale* avec sa topographie prédominant sur les muscles les plus volontaires, ses caractères de continuité, de renforcement par l'effort, ses syncinésies; 2° la *contracture extrapyramidale* avec ses variétés : rigidité décérébrée, rigidité parkinsonienne, rigidité dite pallidale; 3° la *contracture en flexion*. Suivant le siège des lésions causales, on peut également classer les contractures suivant la physiologie du tonus : contractures par exagération : du tonus d'effort, hémiplégie; du tonus de posture, Parkinson; du tonus d'attitude, rigidité décérébrée; du tonus de soutien, contracture intentionnelle; de l'automatisme sous-cortical, rigidité pallidale; sous-mésencéphalique, rigidité décérébrée; médullaire, contracture en flexion. ALAJOUANINE.

J. Tinel. ***Les processus anatomo-pathologiques de la démence sénile*** (*Revue neurologique*, 31e année, tome II, n° 1, Juillet 1924). — La plupart des cerveaux de déments séniles présentent des plaques signalées depuis Blocq et Marinesco et longuement étudiées depuis; si elles ne sont pas absolument caractéristiques de la démence sénile, elles s'y rencontrent avec une fréquence et une intensité toute particulières; ce sont de petits placards arrondis infiltrant les couches superficielles de l'écorce surtout au niveau de l'hippocampe et de la région frontale et qui apparaissent soit par les colorations simples, soit mieux par les divers procédés d'imprégnation argentique. Leur mécanisme de formation est à peu près complètement ignoré.

A côté de ces plaques classiques, Laignel-Lavastine et Tinel ont décrit un type de plaques séniles tout à fait différent, constituées par des amas d'acides gras, disparaissant sur des coupes dégraissées, caractérisés à l'examen en lumière polarisée, sur coupes fraiches par des placards de cristaux biréfringents, prenant énergiquement à chaud les couleurs d'aniline, se transformant en savons minéraux (savons d'argent par la méthode de Bielchowski, par exemple); ces plaques ont les mêmes localisations que les plaques classiques. Elles prédominent également dans la région de l'hippocampe et la région frontale.

Les placards d'acides gras se retrouvent souvent dans les cas de démence sénile récente, à évolution rapide; au contraire, les plaques séniles classiques se montrent dans des cas de démence ancienne, à évolution prolongée; parfois, les deux variétés coexistent et il existe des faits de transition entre les deux; il semble donc que les plaques séniles classiques sont le vestige résiduel, cicatriciel laissé par la résorption des dépôts d'acides gras accumulés à certains moments dans le cortex; les deux formes de plaques correspondraient donc à des processus successifs, les placards d'acides gras correspondant aux poussées évolutives de l'affection.

L'évolution de la plaque sénile serait la suivante : d'abord simple placard d'acides gras qui se résorbe pour aboutir à une gouttelette résiduelle d'une matière amorphe, protéique, très argyrophile, qui disparait à son tour; à ce niveau, pendant cette évolution se produit un travail irritatif : prolifération cicatricielle névroglique, atrophie cellulaire progressive et hyperplasie transitoire des neurofibrilles; le résultat est la raréfaction lente des cellules et fibres nerveuses, l'atrophie progressive de l'écorce cérébrale et sa sclérose névroglique superficielle.

Quant à la cause de ces dépôts d'acides gras, elle reste hypothétique; elle est différente des processus normaux de la sénilité; c'est un phénomène pathologique, différent de l'artériosclérose, car sans rapport avec les lésions vasculaires; il s'agit d'un apport analogue à celui de la cholestérine dans l'athérome, le cercle sénile; existe-t-il un trouble profond du métabolisme des graisses à la base de ce trouble ou une rupture d'équilibre colloïdal? La question reste sans réponse.

La démence sénile apparaît ainsi comme une véritable maladie générale, spécifique et autonome, sans rapport avec l'artériosclérose cérébrale, non plus qu'avec la sénilité normale. ALAJOUANINE.

Pierre Marie, Bouttier et Van Bogaert. ***Sur un cas de tumeur préfrontale droite. Troubles de l'orientation dans l'espace*** (*Revue neurologique*, 31e année, tome II, n° 3, Septembre 1924). — Les tumeurs du lobe préfrontal sont rarement diagnostiquées du vivant des malades. Ce cas offre l'intérêt d'avoir permis un diagnostic à la phase préfrontale avant l'adjonction de signes moteurs par atteinte de la région rolandique et la vérification opératoire. Cette tumeur cérébrale (gliome du 1/3 moyen de F_2 et F_1) évoluait depuis 17 ans sans avoir présenté de signes neurologiques de localisation. Pendant 14 ans, sa symptomatologie s'est bornée à des modifications psychiques progressives et les signes d'hypertension cranienne ne sont apparus que très tardivement; le diagnostic du siège a été porté sur l'existence d'un syndrome mental assez caractéristique, et sur de la désorientation dans l'espace. Le diagnostic du côté où siégeait la lésion a été porté sur l'existence unilatérale d'un trouble sensitif complexe : l'agnosie tactile.

Le syndrome mental des tumeurs préfrontales comporte : des périodes d'euphorie spirituelle avec ironie paisible, même froide, intelligente, puérilité de la joie, réparties facétieuses; une torpeur psychique profonde, précoce et constante; des troubles de la mémoire qu'on ne saurait identifier avec ceux de la psychose de Korsakoff; enfin, à la torpeur coupée de périodes d'euphorie, aux troubles de la mémoire s'ajoutent souvent des modifications de comportement moral depuis la négligence de tenue jusqu'à la perversion sexuelle. Aucun de ces symptômes n'est spécifique; l'ensemble, en l'absence de toute localisation neurologique, forme un faisceau constant et caractéristique méritant le nom de « syndrome préfrontal mental ».

A ces signes mentaux s'ajoute un trouble très particulier du sens de l'espace; le malade se perd dans sa propre maison, dans la rue où il habite; le trouble de l'orientation porte, à l'examen par les tests, « sur la faculté d'apprécier le déplacement en fonction d'une direction suivie ou à suivre, et en l'absence de données visuelles de régulation suffisantes ». Ces erreurs de direction étaient toujours localisées à gauche. Ce mode de désorientation diffère de la planotopokinésie et de l'apraxie idéomotrice.

Enfin, ce malade, qui exécutait correctement les épreuves d'appréciation de la stéréognosie proprement dite, ne dépassait pas l'identification des qualités primaires et ne réalisait pas la reconnaissance synthétique des objets; cette agnosie tactile strictement limitée à gauche permit de localiser la tumeur à droite.

Désorientation dans l'espace et agnosie tactile n'ont pas encore été signalées dans les tumeurs du lobe préfrontal. Jointes aux troubles psychiques spéciaux, elles peuvent donc permettre un diagnostic précoce de ces tumeurs de symptomatologie jusqu'ici fort obscure. ALAJOUANINE.

Mme N. Zylberlast-Zand. ***Rôle protecteur de la pie-mère et du plexus choroïde*** (*Revue neurologique*, 31e année, tome II, n° 3, Septembre 1924). — Le système nerveux jouit d'une situation exceptionnelle dans l'organisme, puisque les substances toxiques ou thérapeutiques introduites sous la peau ou dans le courant sanguin ne pénètrent point dans le tissu nerveux ou n'y pénètrent qu'en quantité minime. Cette situation particulière est due à un organe protecteur du système nerveux. On a cru longtemps que les méninges jouaient ce rôle sans en fournir les preuves expérimentales. Mais depuis une quinzaine d'années, c'est aux plexus choroïdes qu'avec Schmorl et de nombreux auteurs est réservé ce rôle protecteur, bien qu'aucun argument irréfutable n'en ait été fourni. Il est à noter que certaines cellules de l'épithélium choroïdien sont très analogues aux cellules conjonctives spéciales de la piemère, les histiocytes, d'ailleurs beaucoup plus nombreux dans cette dernière.

Z. a repris expérimentalement l'étude de la barrière protectrice du système nerveux, en se servant d'une part de la méthode de coloration vitale par la solution colloïdale de bleu de trypan; d'autre part, de la méthode des injections intraveineuses d'encre de Chine et d'émulsion de cinabre; les expériences ont porté sur des animaux préalablement privés, soit de plexus choroïde, soit d'une partie de la duremère ou ayant eu la pie-mère lésée par réfrigération. Auparavant, une série d'expériences avait permis de constater que l'ablation des plexus était sans inconvénient vital, que le bleu de trypan injecté chez des animaux normaux ne colorait pas le système nerveux.

La première série d'expériences, ayant consisté en ablation préalable d'un ventricule latéral et en coloration vitale de l'animal par le bleu de trypan, montra que le tissu nerveux n'avait pris de coloration bleue ni du côté opéré, ni du côté opposé. L'exclusion du prétendu filtre que serait le plexus choroïde n'avait donc influencé, dans aucun sens, le fonctionnement de l'appareil protecteur du système nerveux. La deuxième série d'expériences consista en ablation de la pie-mère dans un segment superficiel du cerveau, puis en coloration vitale de l'animal : le cerveau sous-jacent, à l'endroit où la pie-mère avait été détruite, avait pris la coloration bleue; la pie-mère adjacente contenait des histiocytes en quantité énorme; le tissu nerveux coloré devait également sa coloration aux histiocytes.

La lésion de la pie-mère crée donc des conditions favorables à la pénétration des substances contenues dans le sang au sein du tissu nerveux; pour éviter l'objection des modifications vasculaires par rupture de la pie-mère, une série d'expériences avec réfrigération de la pie-mère donna les mêmes résultats. Z. conclut de ces faits que le rôle protecteur du tissu nerveux n'appartient pas aux plexus choroïdes, mais à la pie-mère, grâce à ses histiocytes. ALAJOUANINE.

Roussy, Bollack, Laborde et Lévy. ***Traitement par la radiothérapie des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire*** (*Revue neurologique*, 31e année, t. II, n° 4, Octobre 1924). — Dans un précédent travail, les auteurs avaient émis une impression défavorable en étudiant les résultats du traitement radiothérapique des tumeurs intracérébrales proprement dites. Il n'en est pas de même pour les tumeurs basilaires extra-cérébrales qui, conformément aux résultats publiés par nombre d'auteurs, donnent des succès thérapeutiques intéressants. 8 malades atteints de tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire ont été traités avec les appareillages modernes de radiothérapie pénétrante en utilisant 3 portes d'entrée: 2 pariéto-frontales latérales et 1 frontale médiane, avec une dose moyenne de 4.000 à 5.000 R par porte d'entrée, soit environ 1.000 R par jour, le traitement étant étalé sur 12 ou 15 jours.

Les 8 observations sont rapportées qui comprennent : 1 cas d'acromégalie classique avec polyurie et troubles visuels, chez qui l'évolution de l'affection, jusqu'alors progressive, s'est arrêtée depuis le début du traitement (2 ans); la polyurie a considérablement diminué et les troubles visuels sont stationnaires. 2 cas de syndrome adiposo-génital, avec selle turcique normale, l'un avec état stationnaire depuis 2 ans, l'autre avec disparition complète des symptômes depuis plusieurs mois. 2 cas de syndrome adiposogénital fruste avec selle turcique normale dans 1 cas, élargie dans l'autre, où le traitement n'a été suivi d'aucun résultat dans 1 cas, de disparition des troubles oculaires dans l'autre cas, suivie de réapparition rapide avec progression. Enfin, 3 cas de syndrome chiasmatique, sans autres signes que la céphalée, avec résultat thérapeutique très efficace dans 2 cas.

La façon dont se comportent les malades vis-à-vis du traitement est très différente pour ceux atteints de gliomes ou de tumeurs intracérébrales qui sont très radio-sensibles et nécessitent une grande prudence et pour les tumeurs intracraniennes basilaires ou extracérébrales où des doses très élevées sont bien supportées; il ne faut noter qu'un peu de céphalée avec fatigue générale lors des premières séances; chez une malade seulement, il exista des troubles importants : véritable syndrome méningitique avec liquide puriforme aseptique. Les résultats dans ces cas de tumeurs basilaires sont donc incontestables; le traitement arrête tantôt l'évolution progressive, tantôt il provoque une rétrocession évidente ou tout au moins une atténuation. Une expérience plus longue permettra de dire s'il y a guérison définitive. ALAJOUANINE.

Zkuliszewski. ***Syphilis hypophysaire*** (*Revue neurologique*, 31e année, t. 11, Nº 4, Octobre 1924. — L'hypophyse peut présenter des lésions de syphilis héréditaire ou acquise et c'est surtout le lobe antérieur qui est atteint; mais si ces faits sont bien connus des anatomo-pathologistes, les observations cliniques restent rares; les cas de syndrome adiposo-génital de l'adulte d'origine syphilitique sont, en particulier, peu fréquents. S relate une observation concernant une femme de 37 ans, qui présentait un double syndrome: d'une part des altérations des nerfs de la base à prédominance du côté droit avec hémiplégie et troubles de la sensibilité à gauche; d'autre part, une adipose avec localisations caractéristiques, atrophie des organes génitaux avec aménorrhée, de la chute des poils, de la polydipsie et polyurie passagères, enfin de la somnolence et des troubles psychiques. Il existait une réaction lymphocytaire et albumineuse du liquide cephalo-rachidien. Le Wassermann était négatif, mais positif dans le sang.

S. admet à la base du syndrome adiposo-génital une altération hypophysaire syphilitique coexistant avec une méningite syphilitique étendue de la région: un céphalogramme malgré introduction d'une très grande quantité d'air montra une selle turcique à contours nets. Malgré le diabète insipide, et parce qu'il ne fut que temporaire, S. ne croit pas devoir incriminer le tuber cinereum. Le traitement a fait régresser les synptômes neurologiques, le syndrome adiposo-génital n'a fait que progresser.

Un point particulier est souligné dans cette observation: une atrophie des glandes salivaires du côté où le trijumeau était atteint, ce qui montre, d'après l'auteur, que les fibres trophiques qui accompagnent ce nerf après le ganglion de Gasser règlent la trophicité des glandes salivaires. ALAJOUANINE.

LA PEDIATRIA

(Naples)

M. Giuffré (de Palerme). ***Sur la bilirubinémie physiologique et sur la présence de la bilirubine dans le sang dans des conditions pathologiques diverses*** (*La Pediatria*, tome XXXII, fasc. 20, 15 Octobre 1924). — Ce travail est destiné à vérifier la doctrine de la bilirubinémie physiologique chez les enfants. N'ayant pas à sa disposition des sujets normaux, G. a choisi 48 enfants, soignés à la clinique pédiatrique pour des affections diverses n'intéressant pas l'état général : 19 teignes trychophytiques, 2 gales simples, 7 séquelles de fractures, 2 séquelles de brûlures, 5 calculs vésicaux, 2 hernies inguinales, 3 pieds bots, 5 séquelles de maladie de Heine-Medin, 1 séquelle de diphtérie (porteur de canule), 1 lipome, 1 corps étranger de la paroi abdominale. Ces enfants étaient âgés de 2 à 14 ans.

G. conclut de ses recherches que la bilirubine fait défaut dans le sang des enfants de 2 à 14 ans; sains ou atteints d'affections sans répercussion sur l'état général, alors que sa présence est souvent révélée dans les conditions physiologiques dans le sang des adultes. Contrairement aux observations faites sur l'adulte, l'apport d'aliments ne modifie pas les constatations précédentes.

L'apparition de bilirubine dans le sang peut être décelée, par contre (mais seulement par la diazoréaction indirecte), chez des enfants atteints de maladies infectieuses diverses, soit chroniques (tuberculose, kala-azar, etc.), soit aiguës (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.). Elle atteint un taux variable, sans dépasser 1 : 150.000.

La recherche de la bilirubine dans le sang présente un grand intérêt, notamment dans les maladies infectieuses et dans les ictères. La méthode de Haselhorst est particulièrement recommandable en raison de sa grande simplicité.

G. SCHREIBER.

R. Pollitzer et S. Rapisardi (de Rome). ***Recherches sur la réceptivité des nouveau-nés et des nourrissons vis-à-vis de la scarlatine*** (*La Pediatria*, tome XXXII, fasc. 20, 15 Octobre 1924). — Depuis les recherches de Di Cristina, Caronia et Sindoni sur l'étiologie de la scarlatine, de Villa a montré que l'injection intradermique de 1/10 de cmc d'une culture du germe spécifique, rendue inactive au moyen de phénol, détermine une réaction spécifique chez les sujets en état de réceptivité. Cette réaction est, au contraire, négative chez les individus non réceptifs ou immunisés par une scarlatine antérieure.

P. et R., utilisant cette intradermo-réaction, ont pu constater que la scarlatine atteint rarement les nouveau-nés parce que ceux-ci ne sont pas habituellement en état de réceptivité à l'égard de la scarlatine. L'intradermo-réaction ne révèle un léger degré de réceptivité que chez 7 pour 100 d'entre eux.

Le pourcentage des sujets réceptifs augmente avec l'âge. Il est de 16 pour 100 jusqu'à 6 mois, de 40 pour 100 de 6 mois à 1 an. Ces chiffres, obtenus expérimentalement, confirment les constatations cliniques. G. SCHREIBER.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA

(Parme)

G. Purpura. ***Sur la valeur de l'intradermo-réaction à la tuberculine, de l'autohémo- et de l'autoséro-intradermo-réaction pour le diagnostic de l'activité des lésions tuberculeuses pulmonaires*** (*Giornale di Clinica Medica*, fascicule 14, 10 Octobre 1924). — P. compare les résultats obtenus, chez 57 sujets atteints de tuberculose pulmonaire, par l'emploi de l'intradermo-réaction à la tuberculine (Mantoux), de l'autohémo-intradermo-réaction (Imhof, Klinger), et de l'autoséro-intradermo-réaction (Leone). Voici les conclusions auxquelles aboutit cette étude :

1° L'intradermo-réaction à la tuberculine s'est montrée constamment positive.

2° Il semble qu'en utilisant des dilutions fortes, 1/200 par exemple, on peut obtenir des réactions d'intensité diverse dans les différents cas de tuberculose pulmonaire, réactions relativement plus intenses dans les formes les plus actives.

3° L'autohémo-intradermo-réaction est moins constamment positive que la précédente; son intensité ne varie pas suivant l'activité plus ou moins grande des lésions.

4° On peut dire la même chose de l'autoséro-intradermo-réaction.

5° Ces deux dernières présentent des caractères objectifs différents de ceux de la réaction de Mantoux.

6° Elles n'ont pas d'utilité pour révéler l'activité d'un processus tuberculeux pulmonaire.

L. COTONI.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN

(Leipzig)

R. Uhlmann. ***Action de la protéinothérapie et sympathique*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome XLV, nº 41, 11 Octobre 1924). — Le mode d'action de la protéinothérapie est loin d'être élucidé. Bier invoque l'hyperémie produite par la fonte cellulaire dans le foyer morbide, Dressel, la destruction des plaquettes sanguines, Widal, le choc colloïdoclasique, Weichardt, l'irritation générale du protoplasma. U. croit qu'une partie des effets des injections de protéines relève d'une action modificatrice s'exerçant sur le sympathique. Deux observations l'ont conduit à cette conception : d'abord l'action calmante de la protéinothérapie sur l'hypertonie gastrique des ulcéreux, effet attribuable à l'excitation du sympathique s'opposant à l'hyperexcitabilité du vague; en second lieu, la diminution et la cessation des règles sous l'influence des injections de protéines.

Il existe d'ailleurs des rapports entre les produits de clivage des protéiques, les amines en particulier, et le sympathique, vis-à-vis duquel elles jouissent d'une action excitante (adrénaline, tétrahydronaphtylamine par exemple). Cette excitation aboutirait à une augmentation des processus oxydants du métabolisme.

Les effets caractéristiques traduisant l'excitation du sympathique se retrouvent après les injections de protéines, en particulier l'augmentation de la glycémie; les modifications de la pression artérielle sont toutefois moins démonstratives. D'autre part l'action des protéines sur les organes se rapproche de celle qu'exerce le sympathique : renforcement de l'action cardiaque et du pouls, excitation de l'utérus, effet inhibiteur sur les bronchioles, manifeste dans l'accès d'asthme, sur l'estomac (diminution de l'hypertonie gastrique). Enfin les phénomènes consécutifs aux injections de protéines se constatent aussi, au moins partiellement, après excitation du sympathique : accroissement du métabolisme, en particulier des oxydations, augmentation de la glycémie, élévation de la température. Toutefois l'exagération des sécrétions glandulaires consécutive aux injections de protéines ne se rencontre pas lors de l'excitation du sympathique. Les modifications sanguines, trop incertaines encore, ne permettent guère de tirer d'arguments valables ; néanmoins l'augmentation des plaquettes et des anticorps fait défaut après excitation du sympathique. Malgré un parallélisme très frappant et très suggestif entre les effets de la protéinothérapie et ceux de l'excitation sympathique, il subsiste donc certaines divergences, très compréhensibles d'ailleurs lorsqu'il s'agit de processus aussi complexes. P.-L. MARIE.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

E. Freund. ***Un cas de pseudo-hermaphroditisme avec hémorragies menstruelles*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXIX, nº 42, 22 Octobre 1924). — F. a eu l'occasion d'examiner en 1916 à Graz, alors qu'il dirigeait le service de vénéréologie, un soldat de 31 ans qu'on lui envoyait à l'effet de constater son sexe véritable.

Cet homme raconta qu'à l'âge de 15 ans, il ressentit un jour de vives douleurs dans la région lombaire et dans l'abdomen; il dut se coucher et il se réveilla, le linge et les draps trempés de sang. Cette hémorragie dura 3 jours, les douleurs disparurent; le mois suivant, l'hémorragie reparut, mais sans douleurs. Les hémorragies se reproduisirent les années suivantes irrégulièrement.

A l'examen, il s'agissait d'un individu aux formes masculines, à la forte ossature, et à la musculature bien développée; la barbe était normale, le nez et la bouche masculins, les dents petites. Le cou était court, le larynx proéminent, le thorax masculin, le bassin plutôt étroit. Le pénis était normal et bien développé; on sentait dans les bourses deux masses qui rappelaient le testicule et l'épididyme. Le cordon et la prostate ne furent pas nettement perçus.

Indifférence génitale complète; pas d'érection ni de pollutions.

F. pratiqua l'urétroscopie : la muqueuse était très pâle, l'urètre était court et rectiligne; on remarqua la présence d'un orifice en forme de fente, mais ne donnant issue à aucune goutte de sang. On ne put mettre en évidence l'existence d'organes génitaux internes.

F. conclut à une disposition anormale des organes sexuels et déclara le sujet impropre au service militaire. R. BURNIER.

H. Mühlpfordt. ***L'action du salvarsan dans le corps sur les spirochètes de la syphilis*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXIX, nº 42, 22 Octobre 1924). — M. estime que l'action du salvarsan sur le spirochète de la syphilis n'est pas une action arsenicale, mais que la mort des spirochètes par le salvarsan est due à une action réductrice.

L'oxygène contenu dans le corps des spirochètes est absorbé par le réducteur énergique qu'est le salvarsan et entraîne la mort du spirochète.

M. a fait des expériences en plaçant des spirochètes en solution dans d'autres corps réducteurs : eau oxygénée, hydroquinone, formaline, solution glucosée et il a observé la mort rapide des spirochètes.

M. estime que cette action réductrice n'est obtenue qu'avec de hautes doses de salvarsan. Avec de petites doses, on n'obtient pas une réduction totale; certains spirochètes sont peu atteints et deviennent arsénorésistants.

M. s'élève donc contre la pratique des petites doses, qui n'amènent qu'une accumulation du salvarsan et peuvent provoquer une intoxication arsenicale.

R. BURNIER.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(New-York)

N. W. Jones et Th. M. Joyce. ***L'infection de la vésicule biliaire et ses rapports avec l'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXVIII, nº 4, Octobre 1924). — Rapprochant les 13 cas d'anémie pernicieuse, où ils

ont découvert des microorganismes hémolytiques ou autres dans la paroi de la vésicule biliaire, des cas d'anémie pernicieuse consécutive à la présence du bothriocéphale ou des ankylostomes, parasites dont les extraits sont doués de propriétés hémolysantes, J. et J. font jouer à l'infection de la vésicule biliaire un rôle étiologique dans la genèse de l'anémie pernicieuse. Déjà, Percy, au cours des nombreuses splénectomies qu'il a faites dans cette affection, a trouvé souvent la vésicule biliaire chroniquement enflammée et il en a isolé des streptocoques hémolytiques ou non; la cholécystectomie jointe à la splénectomie a paru améliorer les malades.

Dans 10 des cas opérés ou autopsiés, la culture où les coupes de la paroi de la vésicule permirent de démontrer la présence de microorganismes. Parmi les 7 cas où la culture fut possible, on trouva 2 fois des streptocoques hémolytiques, 2 fois des streptocoques hémolytiques variété alpha, 2 fois un staphylocoque blanc hémolytique et 1 fois un staphylocoque blanc non hémolytique.

Dans bien des cas il n'existait pas de signes cliniques nets d'affection vésiculaire; ce sont les résultats de l'étude radiologique pratiquée selon la technique récente de George et Léonard qui ont décelé l'atteinte de la vésicule. La cholécystectomie fut pratiquée chez 5 de ces 13 malades. Il faut noter que la vésicule fut considérée macroscopiquement dans un cas comme normale par le chirurgien bien que sa paroi contînt des staphylocoques; dans les autres cas, la vésicule, à l'œil nu, ne paraissait que peu malade; cependant, dans tous les cas étudiés radiologiquement, il existait des ombres vésiculaires dont la valeur diagnostique semble plus décisive que celle de l'exploration opératoire pour affirmer une affection chronique de la vésicule. De ces opérés, les 4 qui survécurent à l'intervention parurent en tirer un notable bénéfice en ce qui concerne l'anémie; 3 sont opérés depuis 1 an environ, la 4e est encore vivant 6 ans après la cholécystectomie, mais le diagnostic d'anémie pernicieuse nous paraît ici fort discutable hématologiquement.

P.-L. Marie.

R. A. Kilduffe. ***Utilisation en clinique des numérations leucocytaires, et en particulier des courbes leucocytaires*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXVIII, n° 4, Octobre 1924). — Après avoir rappelé les données classiques sur les variations physiologiques et pathologiques du nombre des leucocytes, K. insiste sur l'importance des numérations en série pour le pronostic et le diagnostic, et surtout sur les données précieuses que met en évidence l'établissement des graphiques.

Le graphique de Gibson montre d'un coup d'œil le rapport entre le nombre total des leucocytes et le pourcentage des polynucléaires; les chiffres placés à la gauche du graphique indiquent les leucocytes par mille; les chiffres de droite, le pourcentage des polynucléaires ; une ligne tirée d'un côté à l'autre révèle le degré d'utilisation de la résistance du malade.

Walker a élaboré un index très utile de la résistance de l'organisme. Prenant 10.000 comme chiffre maximum normal des leucocytes par millimètre cube et 70 comme pourcentage maximum normal des polynucléaires, il pose en principe que toute augmentation de 1 pour 100 dans le pourcentage des polynucléaires doit correspondre à une élévation de 1.000 dans le total des leucocytes. Si, par exemple, les polynucléaires sont de 80 pour 100 (10 au-dessus de 70), le chiffre leucocytaire doit être de 20.000 (10.000 au-dessus de 10.000). L'index est alors dit normal (= 0); si le chiffre des globules blancs était de 25.000, l'index serait + 5; de 15.000, il serait de — 5. L'index positif est d'un bon pronostic, l'index négatif étant de mauvais augure.

Jones et Brown tiennent compte dans leur graphique du chiffre des leucocytes, du pourcentage des polynucléaires, du nombre total des polynucléaires obtenu en multipliant le chiffre des leucocytes par le pourcentage des polynucléaires, du nombre total des lymphocytes calculé de la même façon, enfin de l'index de Walker. Il faut savoir que le chiffre total des leucocytes est généralement proportionnel au total des polynucléaires; toutefois, la divergence entre ces deux lignes est le plus marquée lorsque le malade guérit, tandis que leur convergence est d'un mauvais pronostic. Un pourcentage élevé de polynucléaires indique une infection sévère, mais en présence d'un pourcentage peu élevé, on doit tenir compte de la résistance générale du sujet, car il peut témoigner d'une infection foudroyante. Si le pourcentage des polynucléaires est élevé, un index de Walker normal devient d'un pronostic défavorable. Le chiffre total des lymphocytes est parallèle à l'index de Walker.

P.-L. Marie.

R. E. Stetson. ***68 cas de septicémie traités par la transfusion sanguine. Valeur thérapeutique de cette méthode*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXVIII, n° 4, Octobre 1924). — Comme beaucoup de médecins américains, S. a renoncé à la transfusion du sang rendu incoagulable par le citrate de soude qu'il rend responsable de la plupart des accidents de la méthode. Il transfuse le sang intact simplement au moyen de seringues de 20 cmc qui sont lavées à l'eau physiologique après usage et d'aiguilles spéciales. Avec une bonne technique, le sang ne séjourne pas plus de 15 secondes hors des vaisseaux et ne peut s'altérer.

S. rappelle les nombreuses indications de la transfusion et rapporte quelques succès frappants obtenus dans des hémorragies utérines par fibrome ou avortement. A propos d'une mort survenue au milieu de phénomènes de choc chez une femme à laquelle il venait de transfuser 40 cmc du sang de sa mère dont le sang appartenait à un autre groupe, S. insiste sur l'impérieuse nécessité de n'injecter qu'un sang d'un groupe compatible et sur l'utilité de déterminer d'avance le groupe sanguin des femmes enceintes. Dans l'anémie pernicieuse, S. considère la transfusion comme la thérapeutique la meilleure. Elle est indiquée encore dans le purpura hémorragique, l'hémophilie, les hémorragies des nouveau-nés, l'anémie de von Jacksch, la maladie de Hodgkin.

Mais S. a surtout étudié ses effets dans les septicémies. Outre son influence sur l'anémie secondaire, le sang transfusé exercerait une action bactéricide sur le germe causal. Sur 68 cas de septicémie traités, 39 avaient une hémoculture positive. Le streptocoque hémolytique était en cause dans 19 cas, 10 guérirent; il s'agissait 14 fois de mastoïdite avec thrombose des sinus (9 guérisons); une des 2 puerpérales guérit. Le *streptococcus viridans* fut rencontré chez 8 malades; 6 étaient atteints d'endocardite lente et succombèrent malgré les transfusions; le 7e qui guérit était un enfant infecté après ablation des amygdales; la 8e, une puerpérale qui mourut. 12 avaient du staphylocoque dans leur sang (ostéomyélites, phlegmons diffus, infection puerpérale); 3 seulement guérirent : 2 ostéomyélites, dont une multiple guérie après 11 transfusions et 1 sinusite maxillaire.

La transfusion mérite donc d'être tentée dans les septicémies. Il faut la faire précocement et la répéter toutes les 48 heures jusqu'à ce que l'hémoculture devienne stérile et l'amélioration marquée. On transfusera 500 à 600 cmc de sang, moins chez les enfants.

P.-L. Marie.

ARCHIVOS DE LA CONFERENCIA DE MEDICOS DEL HOSPITAL RAMOS MEJIA

(Buenos Aires)

J. Diez. ***Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine*** (*Archivos de la Conferencia de Medicos del hospital Ramos Mejia*, 1924, t. VIII, n° 2). — D. passe en revue les tentatives chirurgicales entreprises contre les crises angineuses en rappelant les bases physiologiques sur lesquelles elles s'appuient. La résection du sympathique cervical préconisée par Jonnesco lui paraît être l'intervention de choix et les échecs enregistrés par certains chirurgiens lui semblent imputables à une extirpation incomplète, en particulier pour les ganglions cervical inférieur et premier thoracique dont l'ablation est évidemment plus difficile, mais également plus efficace que celle de la partie haute de la chaîne.

Pour sa part, D. a employé dans 3 cas l'opération de Jonnesco avec d'excellents résultats. Son premier opéré souffrait depuis 11 ans, les crises se répétaient 3 fois par jour et, dans le service de médecine où l'on épuisait en vain pour le soulager tout l'arsenal de la thérapeutique classique, il resta près de 6 jours en état de mal. Or, après l'intervention, non seulement les phénomènes douloureux disparurent radicalement, mais la dyspnée d'effort, qui était considérable, s'atténua rapidement et finit par disparaître au point que le malade peut aujourd'hui faire 15 km. à pied sans fatigue, sans dyspnée, sans palpitations.

Le second malade, souffrant depuis 7 mois, avait dû depuis 3 mois abandonner son métier. En 15 jours d'hôpital il eut, malgré toutes les tentatives thérapeutiques, si peu de trêve à son mal qu'il envisageait le suicide. Le simple transport du service de médecine à la salle de chirurgie (50 m. environ) provoqua des crises d'une telle violence qu'une issue fatale paraissait inévitable. Après l'intervention, disparition complète des crises douloureuses et des sensations d'étranglement. La dyspnée d'effort a persisté, mais très atténuée, le malade pouvant faire facilement 2 km. sans marcher trop vite.

Le 3e cas, très récent, concerne une femme hypertendue (22-5) avec hypertrophie du ventricule gauche et bruit de galop. Les crises, très fréquentes, se reproduisent 7 à 8 fois dans les 24 heures. Dans cette forme particulièrement sévère, D. n'a pas obtenu un succès complet, mais néanmoins une très notable atténuation des crises tant dans leur fréquence que dans leur intensité. Ce fait prouve une fois de plus que les fibres de la sensibilité douloureuse cardio-aortique ne passent pas toutes par le cordon sympathique.

Toutes les interventions de D. ont été pratiquées à l'anesthésie locale ou tronculaire par infiltration de novocaïne. Au cours de l'intervention il a noté que le pincement du tronc nerveux reste indolore, tandis que le pincement des ganglions détermine de très vives douleurs. Toutefois on peut arriver, en opérant avec douceur, à exécuter tous les temps sans recourir, pour la résection ganglionnaire, à l'anesthésie générale, comme le pensait Tuffier. L'excitation du ganglion supérieur détermine une douleur localisée à l'œil et à la base du crâne, celle du ganglion moyen une douleur au niveau de la gorge, celle du ganglion inférieur un pincement douloureux du cœur, du poumon et de la région interscapulaire. Par contre aucun opéré n'a accusé d'irradiation dans le membre supérieur gauche, symptôme fréquent cependant au cours d'une crise d'angor.

Après l'intervention, on observe d'une façon constante le syndrome de Cl. Bernard-Horner, l'hyperesthésie scapulo-brachiale, l'atrophie temporaire des muscles du moignon de l'épaule.

Enfin le fonctionnement du myocarde va s'améliorant au fur et à mesure que le temps passe ; dyspnée, palpitations, éréthisme cardiaque s'atténuent progressivement et le rythme cardiaque se régularise.

M. Deniker.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA

(Sydney)

Norman Mc Arthur. ***Greffe autogène des ovaires*** (*The Medical Journal of Australia*, tome II, n° 5, 2 Août 1924). — A. a pratiqué deux fois, chez des malades atteintes de dysménorrhée grave d'origine ovarienne, extrêmement douloureuse, avec pertes abondantes et prolongées, amaigrissement, impossibilité de travailler pendant la période menstruelle, l'intervention suivante : il fait l'ablation des deux ovaires, taille la moitié la meilleure de chacun d'eux et la greffe dans chaque ligament large où il la fixe par des sutures dans une entaille du péritoine pratiquée entre le pavillon de la trompe et le ligament rond.

Dans un 1er cas, 3 mois après, les règles se sont rétablies; après avoir été pendant 9 mois d'une abondance exagérée, elles se maintiennent régulières et normales : cessation complète des douleurs, deux grossesses normales depuis. Même intervention dans un 2e cas où les douleurs avant et pendant les règles étaient atroces.

Ces faits prouvent l'existence d'une dysménorrhée d'origine purement ovarienne. L'idée directrice de cette intervention consiste à séparer les ovaires de leurs connexions nerveuses normales; la vascularisation est modifiée de même et se rétablit dans des conditions circulatoires plus favorables.

Peu de malades acceptent un traitement aussi audacieux; on doit obtenir d'elles une autorisation écrite, afin d'éviter des poursuites, si les greffes échouent. Une telle intervention de transplantation des ovaires n'a jamais, d'après les Mayo, été encore pratiquée en Amérique,

J. Braine.


Médication
Anti-Bacillaire
AZOTYL